



世界卫生组织

第五十九届 世界卫生大会

2006年5月22 - 27日于日内瓦

决议和决定

附件

日内瓦
二〇〇六年



世 界 卫 生 组 织

第五十九届 世界卫生大会

2006年5月22 - 27日于日内瓦

决 议 和 决 定

附 件

日 内 瓦
二 0 0 六 年

缩 写

世界卫生组织文件中使用的缩写如下：

ACHR	— 卫生研究咨询委员会	UNCTAD	— 联合国贸易和发展会议
ASEAN	— 东南亚国家联盟	UNDCP	— 联合国国际药物管制 规划署
CEB	— 联合国系统行政首长协调 委员会[前行政协调 委员会]	UNDP	— 联合国开发计划署
CIOMS	— 国际医学科学组织理事会	UNEP	— 联合国环境规划署
FAO	— 联合国粮食及农业组织	UNESCO	— 联合国教育科学及文化 组织
IAEA	— 国际原子能机构	UNFPA	— 联合国人口基金
IARC	— 国际癌症研究机构	UNHCR	— 联合国难民事务高级专员 办事处
ICAO	— 国际民用航空组织	UNICEF	— 联合国儿童基金会
IFAD	— 国际农业发展基金	UNIDO	— 联合国工业发展组织
ILO	— 国际劳工组织(局)	UNRWA	— 联合国近东巴勒斯坦难民 救济及工程处
IMF	— 国际货币基金组织	WFP	— 世界粮食规划署
IMO	— 国际海事组织	WIPO	— 世界知识产权组织
ITU	— 国际电信联盟	WMO	— 世界气象组织
OECD	— 经济合作与发展组织	WTO	— 世界贸易组织
PAHO	— 泛美卫生组织		
UNAIDS	— 联合国艾滋病规划署		

本卷采用的地名和提供的资料，并不反映世界卫生组织秘书处对任何国家、领地、城市或地区或其主管当局的法律地位，或对其国境或边界划定的观点。凡报表标题中冠以“国家或地区”字样，系指国家、领地、城市或地区。

序 言

根据执行委员会第一一六届会议的决定，第五十九届世界卫生大会于 2006 年 5 月 22 日至 27 日在日内瓦万国宫举行。会议记录分三卷出版。除刊载其它有关材料外，还刊载：

决议和决定，附件 — 文件 WHA59/2006/REC/1

全体会议逐字记录，与会人员名单 — 文件 WHA59/2006/REC/2

各委员会摘要记录；委员会报告 — 文件 WHA59/2006/REC/3

目 录

	页 次
序言	iii
议程	ix
文件清单	xiii
卫生大会官员及其各委员会成员	xix

决议和决定

决议

WHA59.1	根除脊髓灰质炎.....	1
WHA59.2	《国际卫生条例（2005）》的应用.....	3
WHA59.3	巴勒斯坦被占领土（包括东耶路撒冷）和叙利亚被占戈兰的 卫生状况.....	7
WHA59.4	2006-2015 年第十一个工作总规划	9
WHA59.5	欠交会费程度达到可援引《组织法》第七条规定的会员国.....	10
WHA59.6	欠交会费：阿富汗.....	11
WHA59.7	欠交会费：亚美尼亚.....	12
WHA59.8	欠交会费：中非共和国.....	13
WHA59.9	欠交会费：多米尼加共和国.....	14

WHA59.10	欠交会费：土库曼斯坦	15
WHA59.11	营养与艾滋病毒/艾滋病	16
WHA59.12	世卫组织实施改进多边机构和国际捐助者防治艾滋病工作协调问题 全球工作队的建议	19
WHA59.13	关于世卫组织 2004-2005 年账目的财务报告	20
WHA59.14	不叙级职位职员和总干事的薪金	21
WHA59.15	国际化学品管理战略方针	21
WHA59.16	食品法典委员会：修订《章程》	23
WHA59.17	世界卫生组织烟草控制框架公约缔约方会议第一届会议的结果	24
WHA59.18	《世界卫生大会议事规则》。第十四条：文件发送	25
WHA59.19	预防和控制性传播感染：全球战略	26
WHA59.20	镰状细胞贫血	28
WHA59.21	2006 年婴幼儿营养	30
WHA59.22	应急准备和反应	31
WHA59.23	迅速加大卫生人力培养力度	33
WHA59.24	公共卫生、创新、基本卫生研究和知识产权：制定全球战略和 行动计划	34
WHA59.25	预防可避免盲症和视力损害	38
WHA59.26	国际贸易和卫生	40

WHA59.27	加强护理与助产服务.....	42
决定		
WHA59(1)	证书委员会的组成.....	44
WHA59(2)	提名委员会的组成.....	44
WHA59(3)	选举第五十九届世界卫生大会官员.....	44
WHA59(4)	选举主要委员会官员.....	45
WHA59(5)	成立会务委员会.....	45
WHA59(6)	通过议程.....	46
WHA59(7)	审核证书.....	46
WHA59(8)	选举有权指派一人供职于执行委员会的会员国.....	47
WHA59(9)	联合国合办工作人员养恤基金：任命参加世卫组织 工作人员养恤金委员会的代表.....	47
WHA59(10)	世卫组织在卫生研究中的作用和责任.....	47
WHA59(11)	全球化世界中的健康促进.....	47
WHA59(12)	根除天花：销毁储存的天花病毒.....	47
WHA59(13)	选择召开第六十届世界卫生大会的国家.....	48
WHA59(14)	执行委员会关于其第 116 届和第 117 届会议的报告.....	48

附件

1. 国际化学品管理战略方针.....	51
2. 预防和控制性传播感染：全球战略.....	55

议 程¹

全体会议

1. 大会开幕
 - 1.1 任命证书委员会
 - 1.2 选举提名委员会
 - 1.3 提名委员会的报告
 - 选举主席
 - 选举五位副主席，各主要委员会的主席，以及成立会务委员会
 - 1.4 通过议程并向主要委员会分配议程项目。
2. 执行委员会第 116 届和第 117 届会议的报告
3. 总干事李钟郁博士的讲话
4. 特邀发言人
5. [删除]
6. 执行委员会：选举
7. 授奖
8. 主要委员会的报告
9. 大会闭幕

甲委员会

10. 委员会会议开幕²
11. 技术和卫生事项
 - 11.1 加强对流感大流行的防备和应对，包括《国际卫生条例（2005）》的应用
 - 11.2 根除脊髓灰质炎

¹ 在第二次全体会议上通过。

² 包括选举副主席和报告员。

11.3 艾滋病毒/艾滋病

- 世卫组织对普遍获得艾滋病毒/艾滋病预防、治疗和护理的贡献
- 营养与艾滋病毒/艾滋病
- 世卫组织实施改进多边机构和国际捐助者防治艾滋病工作协调问题全球工作队的建议

11.4 镰状细胞贫血

11.5 根除天花：销毁储存的天花病毒

11.6 预防和控制性传播感染：全球战略草案

11.7 预防可避免盲症和视力损害

11.8 婴幼儿营养：四年一次报告

11.9 世卫组织对实施儿童和青少年健康与发育战略的贡献

11.10 国际贸易和卫生

11.11 知识产权

- 知识产权、创新和公共卫生委员会：报告
- [关于]基本卫生研究与开发[的全球框架]

11.12 卫生工作人员国际移徙：对发展中国家卫生系统的挑战

11.13 世卫组织在卫生研究中的作用和责任

11.14 应急准备和反应

11.15 全球化世界中的健康促进

11.16 患者安全

11.17 决议实施情况：进展报告

- 饮食、身体活动与健康全球战略（WHA57.17号决议）
- 针对危机和灾害采取的卫生行动（WHA58.1号决议）
- 控制非洲人类锥虫病（WHA57.2号决议）
- 国际家庭年十周年形势下的家庭与健康（WHA57.11号决议）

- 生殖卫生：朝着实现国际发展目标和具体目标加速进展的战略（WHA57.12 号决议）
- 可持续卫生筹资、全民保险和社会健康保险（WHA58.33 号决议）
- 合同安排在改进卫生系统绩效方面的作用（WHA56.25 号决议）
- 加强护理与助产服务（WHA54.12 号决议）

乙委员会

12. 委员会会议开幕¹
13. 巴勒斯坦被占领土（包括东耶路撒冷）和叙利亚被占戈兰的卫生状况：进展报告
14. 2006-2015 年第十一个工作总规划
15. 规划预算和财务事项
 - 15.1 征收评定会费的状况，包括欠交会费程度达到可援引《组织法》第七条规定的会员国
 - 15.2 解决欠费的特别安排
 - 15.3 2004 – 2005 年规划预算：执行情况评估
 - 15.4 关于世卫组织 2004-2005 年账目的财务报告
 - 15.5 [删除]
 - 15.6 [删除]
16. 审计和监督事项
 - 16.1 外审计员的报告以及代表执行委员会对此所作的评论
 - 16.2 内审计员的报告以及代表执行委员会对此所作的评论
17. [删除]
18. 职工配备事项
 - 18.1 人力资源：年度报告
 - 18.2 《人事条例》和《职员细则》修订款

¹ 包括选举副主席和报告员。

- 18.3 任命参加世卫组织工作人员养恤金委员会的代表
19. 联合国系统内及与其它政府间组织的合作，包括联合国改革过程
- 国际化学品管理战略方针
20. 食品法典委员会：修订《章程》
21. 世界卫生组织烟草控制框架公约缔约方会议第一届会议的结果
22. 《世界卫生大会议事规则》。第十四条：文件发送
-

文件清单

A59/1 Rev.1	议程 ¹
A59/2	执行委员会第 116 届和第 117 届会议的报告
A59/3	总干事在第五十九届世界卫生大会上的讲话
A59/4	加强对流感大流行的防备和应对，包括《国际卫生条例（2005）》的应用
A59/5	加强对流感大流行的防备和应对，包括《国际卫生条例（2005）》的应用
A59/6	根除脊髓灰质炎
A59/7	营养与艾滋病毒/艾滋病
A59/8	艾滋病毒/艾滋病。世卫组织实施改进多边机构和国际捐助者防治艾滋病工作协调问题全球工作队的建议
A59/9	镰状细胞贫血
A59/10	根除天花：销毁储存的天花病毒
A59/10 Add.1	关于建议供执行委员会或卫生大会通过的决议对秘书处的行政和财政影响的报告
A59/11	预防和控制性传播感染：全球战略草案 ²
A59/11 Add.1	关于建议供执行委员会或卫生大会通过的决议对秘书处的行政和财政影响的报告

¹ 见第 iii 页。

² 见附件 2。

- A59/12 预防可避免盲症和视力损害
- A59/13 婴幼儿营养：四年一次报告
- A59/14 世卫组织对实施儿童和青少年健康与发育战略的贡献
- A59/15 国际贸易和卫生
- A59/16 知识产权、创新和公共卫生委员会：报告
- A59/16 Add.1 和 Add.1 Corr.1 知识产权。知识产权、创新和公共卫生委员会：报告
执行委员会委员会会议的报告
- A59/16 Add.2 关于建议供世界卫生大会通过的决议对秘书处的行政和财政影响的报告
- A59/17 [关于] 基本卫生研究与开发 [的全球框架]
- A59/18 卫生工作人员国际移徙：对发展中国家卫生系统的挑战
- A59/19 世卫组织在卫生研究中的作用和责任
- A59/20 应急准备和反应
- A59/20 Add.1 关于建议供执行委员会或卫生大会通过的决议对秘书处的行政和财政影响的报告
- A59/21 全球化世界中的健康促进
- A59/22 患者安全
- A59/23 决议实施情况：进展报告
- A59/24 巴勒斯坦被占领土(包括东耶路撒冷)和叙利亚被占戈兰的卫生状况：
进展报告

文件清单

- A59/25 2006-2015 年第十一个工作总规划
- A59/25 Add.1 关于建议供执行委员会或卫生大会通过的决议对秘书处的行政和财政影响的报告
- A59/25 Add.2 2006-2015 年第十一个工作总规划：监测
- A59/26 征收评定会费的情况，包括欠交会费程度达到可援引《组织法》第七条规定的会员国以及解决欠费的特别安排。执行委员会规划、预算和行政委员会向第五十九届世界卫生大会提交的第一份报告
- A59/27 《世界卫生大会议事规则》第十四条：文件发送
- A59/28 2004 年 1 月 1 日至 2005 年 12 月 31 日财务期财务报告及财务审计报告与外审计员向世界卫生大会提交的报告
- A59/28 Add.1 2004 年 1 月 1 日至 2005 年 12 月 31 日财务期财务报告及财务审计报告附件：用于规划活动的预算外资源
- A59/29 关于世卫组织 2004-2005 年账目的财务报告。执行委员会规划、预算和行政委员会向第五十九届世界卫生大会提交的第二份报告
- A59/30 2004 - 2005 年规划预算：执行情况评估
- A59/31 外审计员的报告以及代表执行委员会对此所作的评论。执行委员会规划、预算和行政委员会向第五十九届世界卫生大会提交的第三份报告
- A59/32 内审计员的报告
- A59/33 内审计员的报告以及代表执行委员会对此所作的评论。执行委员会规划、预算和行政委员会向第五十九届世界卫生大会提交的第四份报告
- A59/35 人力资源：年度报告
- A59/36 任命参加世卫组织工作人员养恤金委员会的代表

- A59/37 联合国系统内及与其它政府间组织的合作，包括联合国改革过程
- A59/38 食品法典委员会：修订《章程》
- A59/39 艾滋病毒/艾滋病。世卫组织对普遍获得艾滋病毒/艾滋病预防、治疗和护理的贡献
- A59/40 世界卫生组织烟草控制框架公约缔约方会议第一届会议的结果
- A59/40 Add.1 关于建议供执行委员会或卫生大会通过的决议对秘书处的行政和财政影响的报告
- A59/41 联合国系统内及与其它政府间组织的合作，包括联合国改革过程。国际化学品管理战略方针¹
- A59/41 Add.1 关于建议供执行委员会或卫生大会通过的决议对秘书处的行政和财政影响的报告
- A59/42 提名委员会。第一份报告
- A59/43 提名委员会。第二份报告
- A59/44 提名委员会。第三份报告
- A59/45 证书委员会。第一份报告
- A59/46 选举有权指派一人供职于执行委员会的会员国
- A59/47 甲委员会第一份报告（草案）
- A59/48 乙委员会第一份报告（草案）
- A59/49 甲委员会第二份报告（草案）

¹ 见附件 1。

A59/50 甲委员会第三份报告（草案）

A59/51 乙委员会第二份报告（草案）

A59/52 甲委员会第四份报告（草案）

A59/53 甲委员会第五份报告（草案）

A59/54 乙委员会第三份报告¹

A59/55 甲委员会第六份报告¹

参阅文件

A59/INF.DOC./1 巴勒斯坦被占领土（包括东耶路撒冷）和叙利亚被占戈兰的卫生状况

A59/INF.DOC./2 征收评定会费的情况

A59/INF.DOC./3 巴勒斯坦被占领土（包括东耶路撒冷）和叙利亚被占戈兰的卫生状况：
进展报告

A59/INF.DOC./4 巴勒斯坦被占领土（包括东耶路撒冷）和叙利亚被占戈兰的卫生状况：
进展报告

杂项

A59/DIV/1 Rev.1 代表和其他与会人员名单

A59/DIV/2 文件指南

A59/DIV/3 世界卫生大会代表指南

A59/DIV/4 [文件未发行]

¹ 仅在世卫组织网站上以电子形式提供。

A59/DIV/5	决定和决议清单
A59/DIV/6	文件清单
A59/DIV/7	威尔士亲王殿下在第五十九届世界卫生大会上的讲话

卫生大会官员及其各委员会成员

主席

P.I.GARRIDO 教授(莫桑比克)

副主席

M. SOLEDAD BARRÍA 博士 (智利)

A.A. MIGUIL 先生 (吉布提)

E. NICOLAESCU 先生 (罗马尼亚)

S.F. SUPARI 博士 (印度尼西亚)

Pehin SUYOI OSMAN

(文莱达鲁萨兰国)

秘书

代理总干事¹A. NORDSTRÖM 博士

成：巴西、柬埔寨、加拿大、中国、哥伦比亚、哥斯达黎加、多米尼加共和国、法国、匈牙利、伊朗（伊斯兰共和国）、以色列、意大利、肯尼亚、阿拉伯利比亚民众国、毛里塔尼亚、尼泊尔、新西兰、俄罗斯联邦、圣多美和普林西比、塞拉利昂、苏丹、泰国、乌干达、赞比亚以及西班牙的 E. Salgado 女士（第五十八届世界卫生大会主席，当然代表）。

主席： E. SALGADO 女士（西班牙）

秘书： 代理总干事¹A. NORDSTRÖM 博士

证书委员会

证书委员会由下列会员国代表组成：布隆迪、柬埔寨、塞浦路斯、朝鲜民主主义人民共和国、厄瓜多尔、爱沙尼亚、几内亚比绍、洪都拉斯、约旦、尼日利亚、巴基斯坦和波兰。

主席： NUTH SOKHOM 先生（柬埔寨）

副主席： A. TAPAKOUDI 女士（塞浦路斯）

报告员： KIM YUN HUM 先生（朝鲜民主主义人民共和国）

秘书： G.L. BURCI 先生，法律顾问

提名委员会

提名委员会由下列会员国的代表组

会务委员会

会务委员会由卫生大会主席和副主席、各主要委员会主席及下述会员国代表组成：安哥拉、奥地利、巴巴多斯、中国、古巴、埃及、法国、加蓬、冈比亚、格鲁吉亚、新西兰、巴拿马、摩尔多瓦共和国、俄罗斯联邦、塞内加尔、多哥和美利坚合众国。

主席： P.I. GARRIDO 教授（莫桑比克）

秘书： 代理总干事¹A. NORDSTRÖM 博士

各主要委员会

根据世界卫生大会《议事规则》第三十五条，各代表团均有权派一名团员出席主要委员会的会议。

¹自 2006 年 5 月 24 日起：见文件 EBSS-EB118/2006/REC/1，EBSS(1)号决定。

甲委员会

主席： A. RAMADOSS 博士（印度）
副主席： K. LEPPÖ 博士（芬兰）和
P. MAZZETTI SOLER 博士（秘鲁）
报告员： A. CISSÉ 博士（几内亚）
秘书： Q.M. ISLAM 博士，确保母婴平安
司司长

乙委员会

主席： A.J. MOHADOSS 博士（阿曼）
副主席： F.T. DUQUE III 博士（菲律宾）
报告员： B. CAREY 博士（巴哈马）
秘书： S. HOLCK 博士，一般管理司司长

决 议

WHA59.1 根除脊髓灰质炎

第五十九届世界卫生大会，

审议了关于根除脊髓灰质炎的报告¹；

忆及 2004 年根除脊髓灰质炎日内瓦宣言，6 个脊髓灰质炎流行国家和带头倡导伙伴承诺通过强化脊髓灰质炎免疫运动阻断最后的脊髓灰质炎病毒传播链；

确认由于全球强化根除脊髓灰质炎活动，脊髓灰质炎日益极少发生，并且所有会员国正在为发现正在传播的脊髓灰质炎病毒加强监测和正在实施生物控制活动；

注意到各伙伴给予的重大支持，赞扬他们持续的合作，并要求他们在全全球根除工作的最后阶段中不断支持国家规划；

关切地注意到 2006-2008 年扫荡和认证阶段计划活动存在 4.85 亿美元相当大的未满足的资金需求；

注意到 2005 年多数新病例来自本土脊髓灰质炎病毒原本已停止传播的地区；

注意到脊髓灰质炎病毒输入无脊髓灰质炎地区构成潜在的国际健康威胁；

注意到在已根除脊髓灰质炎的国家高质量监测系统的重要性；

忆及根除脊髓灰质炎咨询委员会的长期建议²，

1. **敦促**脊髓灰质炎流行的会员国按照其承诺行动，通过施用适当的单价口服脊髓灰质炎疫苗阻断野生脊髓灰质炎病毒的传播；
2. **敦促**所有无脊髓灰质炎会员国通过下列方面迅速应对发现正在传播的脊髓灰质炎病毒：

¹ 文件 A59/6。

² *疫情周报*，2004，**79**(32)：289-291；2005，**80**(38)：330-331，以及 2005，**80**(47)：410-416。

- (1) 在确认指示病例后 72 小时内开展初步调查，启动地方应对和必要时要求国际专家风险评估，以便制定一项应急行动计划；
- (2) 利用针对特定型的单价口服脊髓灰质炎疫苗或适宜时另外的疫苗构成，最低限度实施三轮大规模免疫接种，包括在适当时挨家挨户接种疫苗，第一轮将在确认指示病例后 4 周内展开，在以后各轮之间间隔 4 周；
- (3) 针对受感染和邻近地区所有 5 岁以下儿童或人口众多国家至少 200 万至 500 万儿童为目标，利用独立监测确定免疫复盖率是否已达到至少 95%；
- (4) 确保目标地区在最近发现脊髓灰质炎病毒后至少开展两轮充分的脊髓灰质炎免疫接种；
- (5) 加强对急性迟缓性麻痹的监测，达到暴发期间和紧接其后至少 12 个月超过每 10 万 15 岁以下儿童 2 例的水平；
- (6) 维持常规口服脊髓灰质炎疫苗免疫接种至少 80% 的高覆盖率和高度敏感的疾病监测；

3. 要求总干事：

- (1) 确保获得技术专长以便支持会员国与暴发有关的计划工作和紧急应对；
- (2) 协助筹集资金以便实施对暴发的紧急应对并确保单价口服脊髓灰质炎疫苗的充分供应；
- (3) 考虑到根除脊髓灰质炎咨询委员会的建议，根据每次风险评估，就国家和国际需要采取哪些（如有的话）补充措施向有危险会员国提供建议，以便减少脊髓灰质炎病毒的进一步扩散。
- (4) 继续对根除脊髓灰质炎和无脊髓灰质炎世界的其它潜在风险做好短期和较长期准备，并向执行委员会第 119 届会议提出一项管理这些风险的机制；
- (5) 向执行委员会第 119 届会议报告实施本决议的进展情况。

（第八次全体会议，2006 年 5 月 26 日 — 甲委员会第一份报告）

WHA59.2 《国际卫生条例（2005）》的应用

第五十九届世界卫生大会，

审议了关于《国际卫生条例（2005）》的应用的报告¹；

忆及关于修订《国际卫生条例》的 WHA58.3 号决议和关于加强对流感大流行的防备和应对的 WHA58.5 号决议；

重申在亚洲部分地区和其它地方由 A 型流感病毒的 H5N1 毒株引起的禽类高致病性禽流感持续暴发对人类健康产生的严重危险，包括可能出现大流行株病毒；

关切地注意到禽类暴发的持续存在，与这些暴发有关的严重人类疾病散在病例的继续发生，该病毒在若干国家的地方性流行，该病毒通过野生水禽的迁徙传播到新的地区，以及其预计的进一步蔓延；

意识到这些以及其它发展已增加可发生大流行的概率；

强调世卫组织全球流感准备计划²及其中建议的控制措施的重要性；

铭记由充足的国家能力以及结果的迅速和透明报告支持的迅速发现人间病例可增强世卫组织发表可靠风险评估和宣布大流行预警适当阶段的能力，并且是确保不遗漏该病毒在人间增强传播能力的最早流行病学信号所进一步需要的；

意识到《国际卫生条例（2005）》中的若干规定对于确保国际社会加强和协调一致应对目前状况和可能的大流行是有益的；

进一步意识到加强能力应对禽流感的人间病例和相应的大流行威胁将增强能力应对许多其它新出现和易流行的传染病，并从而加强针对传染病威胁的全球公共卫生保障；

注意到《国际卫生条例（2005）》将不会在 2007 年 6 月 15 日之前生效；

¹ 文件 A59/5。

² 文件 WHO/CDS/CSR/GIP/2005.5。

忆及在世卫组织、粮农组织、国际兽疫局和世界银行召开的一次禽流感 and 人类大流行性流感联合会议（日内瓦，2005 年 11 月 7-9 日）期间达成的主要结论和商定的建议的行动；

对该次会议期间提出的特定要求作出反应，即通过执行委员会第 117 届会议向第五十九届世界卫生大会提出建议，立即自愿遵守《国际卫生条例（2005）》的有关条款，

1. **吁请**会员国立即在自愿基础上遵守《国际卫生条例（2005）》被认为与禽流感和大流行性流感造成的危险有关的条款；

2. **决定**《国际卫生条例（2005）》的有关条款应包括下列各项：

(1) 附件 2，在有必要及时向世卫组织通报由新亚型病毒引起的人流感的限度内；

(2) 第四条，有关在国家指定或建立一个《国际卫生条例》国家归口单位和指定世卫组织《国际卫生条例》联络点，并确定它们的职责；

(3) 第二编各条款，有关监测、信息共享、磋商、核实和公共卫生应对；

(4) 第五编第二十三条和第三十条至第三十二条，有关对旅行者到达和离开时的公共卫生措施总则以及对旅行者的特别条款；

(5) 第八编第四十五条和第四十六条，有关个人资料的处理以及诊断用生物物质、试剂和材料的运输和处理；

3. **注意到**此类自愿遵守不损害任何会员国对《国际卫生条例（2005）》所持的立场；

4. **敦促**会员国：

(1) 按照《条例》第四条中的规定指定或建立一个《国际卫生条例》国家归口单位并在 90 天内相应通知世卫组织，该归口单位有权向世卫组织通报官方信息和支持，并且如果会员国如此决定，参与与世卫组织合作进行的风险评估；

(2) 在与禽流感的人间病例有关的事项方面，遵循《条例》中为一种可构成国际关注的突发公共卫生事件的疾病确定的机制和程序；

- (3) 就禽流感的任何可能或确诊人间病例，包括输出或输入性病例，向世卫组织提供透明紧急通报和随后继续进行沟通；
- (4) 以及时和一致的方式向世卫组织各合作中心传播与高致病性禽流感和其它新流感毒株有关的信息和相关生物材料；
- (5) 发展本国流感疫苗生产能力或与邻国合作确立区域疫苗生产能力，以便在发生一种新的流感病毒造成国际关注的突发公共卫生事件的情况下促进疫苗的充足供应；
- (6) 就人类和动物流感加强负责人类和动物卫生的国家组织之间的合作，以便加强监测和实施紧急措施控制人间和动物禽流感疫情；
- (7) 尊重《条例》中为开展和完成紧急活动和沟通、特别为报告禽流感的人间病例、核实事件和对世卫组织要求提供进一步信息作出反应所规定的时限；
- (8) 开展合作，包括通过动员财政支持，在受禽流感或大流行性流感影响国家建设、加强和保持流感监测和应对能力；
- (9) 遵循总干事根据流感大流行专题小组的技术咨询发布的、被认为是国际应对禽流感或大流行性流感所必需的建议；
- (10) 将它们已在自愿遵守《国际卫生条例（2005）》方面采取的措施通知总干事；
- (11) 为及时实施《条例》发起一个查明和处理行政和法律制约的过程，以便促进部门间参与；

5. 要求总干事：

- (1) 按照《条例》第四条中的规定立即指定世卫组织《国际卫生条例》联络点；
- (2) 只要可行并与本决议的宗旨相关，实施《条例》第二编和第三编中属于世卫组织职责的措施；
- (3) 进一步加快步骤根据第四十七条确立专家名册并邀请提出其成员组成的建议；

- (4) 在《国际卫生条例(2005)》生效以前,利用流感大流行专题小组作为一个临时机制,就应对禽流感、大流行预警适当阶段和相应建议的应对措施、宣布流感大流行以及国际应对大流行向本组织提出建议;
- (5) 酌情与会员国合作实施本决议和酌情自愿遵守《国际卫生条例(2005)》,包括通过:
- (a) 提供或便利技术合作和后勤支持;
 - (b) 与会员国磋商,尤其为缺乏充足业务能力的受禽流感或大流行性流感影响国家动员国际援助,包括财政支持;
 - (c) 编制准则作为对会员国发展明确针对禽流感和大流行性流感造成的危险的公共卫生应对能力的支持;
 - (d) 合理储存必要的药品;
 - (e) 与国际伙伴合作,促进开发和商业性生产抗禽流感和大流行性流感疫苗;
- (6) 尽可能与会员国合作,向发展中国家提供支持以便根据《国际卫生条例(2005)》建设和加强所需能力;
- (7) 立即寻找解决办法以减少目前流感疫苗的全球短缺和不公平获得,并且还使之更可负担得起以控制流行和全球大流行;
- (8) 可能时动员和定向使用世卫组织的技术资源,利用区域办事处和合作中心拥有的能力,在流行病监测、预警和反应、实验室能力、包括区域实验室联网、生物安全和质量控制等领域扩大和加速培训努力,以便支持会员国实施《国际卫生条例(2005)》;
- (9) 通过执行委员会第119届会议向第六十届世界卫生大会报告本决议的实施情况,并在其后每年报告在支持会员国遵守和实施《国际卫生条例(2005)》方面取得的进展。

(第八次全体会议,2006年5月26日 — 甲委员会第一份报告)

WHA59.3 巴勒斯坦被占领土（包括东耶路撒冷）和叙利亚被占戈兰的卫生状况

第五十九届世界卫生大会，

铭记世卫组织《组织法》确定的基本原则，它重申各民族人民的健康是实现和平和安全的基础；

忆及其前此有关阿拉伯被占领土卫生状况的所有决议；

赞赏总干事关于巴勒斯坦被占领土（包括东耶路撒冷）和叙利亚被占戈兰的卫生状况的报告¹；

对以色列占领军的持续占领和实行的严重限制造成的经济与健康状况恶化以及人道主义危机表示关注；

还对由以色列扣留巴勒斯坦海关税收和断绝外部援助造成的巴勒斯坦被占领土卫生危机和日益严重的食品不安全表示关注；

确认必须在巴勒斯坦被占领土保证全面普及卫生服务和保持公共卫生服务职能；

认识到负责管理和资助公共卫生服务的巴勒斯坦卫生部财政和医疗资源的严重短缺危及巴勒斯坦人口获得治疗和预防服务；

确认巴勒斯坦患者和医疗人员利用被占东耶路撒冷巴勒斯坦卫生机构提供的卫生设施的权利；

谴责以色列军队继续袭击巴勒斯坦救护车和医务人员以及以色列违反国际人道主义法对他们的流动实行的限制，

1. **要求**以色列解除对巴勒斯坦被占领土的封锁，特别是对被占加沙地带过境点的封锁，由此造成那里药品和医疗用品的严重短缺；
2. **要求**以色列拆除和停止建造隔离墙并遵守其在国际法院 2004 年 7 月 9 日提供的咨询意见中提及的法律义务；

¹ 文件 A59/24。

3. **深切关注**隔离墙对巴勒斯坦被占领土（包括东耶路撒冷）巴勒斯坦人口接受的医疗服务可及性和质量的严重影响；
4. **还深切关注**以色列对巴勒斯坦救护车和医务人员实行的流动限制对孕妇和患者的严重影响；
5. **敦促**以色列占领当局遵照国际人道主义法承担起对巴勒斯坦民众人道主义需要的责任；
6. **要求**以色列占领当局定期和毫不延迟地向巴勒斯坦当局支付其海关税收，使其能履行包括卫生服务在内的基本人类需求方面的职责；
7. **呼吁**以色列占领当局立即停止其严重影响被占领下平民健康状况的所有行径、政策和计划，包括其关闭制度；
8. **敦促**会员国以及政府间和非政府组织通过向巴勒斯坦民众提供援助帮助巴勒斯坦被占领土克服卫生危机；
9. **呼吁**会员国向公共卫生和兽医服务提供财政支持，以便在巴勒斯坦被占领土实施巴勒斯坦抵御禽流感潜在传播的国家计划；
10. **表示**深切赞赏总干事努力为巴勒斯坦被占领土（包括东耶路撒冷）的巴勒斯坦民众和叙利亚被占戈兰的叙利亚人口提供必要的援助；
11. **要求**总干事：
 - (1) 组织一次一天紧急会议处理巴勒斯坦被占领土的卫生危机；
 - (2) 支持巴勒斯坦卫生和兽医服务建立一个有能力诊断人类和动物禽流感的现代公共卫生实验室；
 - (3) 提交一份关于巴勒斯坦被占领土（包括东耶路撒冷）和叙利亚被占戈兰卫生和经济状况的实情调查报告；
 - (4) 向叙利亚被占戈兰的叙利亚人口提供与卫生有关的技术援助；

- (5) 继续提供必要的技术援助，以满足巴勒斯坦民众（包括残疾人和受伤者）的卫生需求；
- (6) 支持在巴勒斯坦发展卫生系统，包括开发人力资源；
- (7) 向第六十届世界卫生大会报告本决议的实施情况。

（第九次全体会议，2006年5月27日 — 乙委员会第一份报告）

WHA59.4 2006-2015年第十一个工作总规划

第五十九届世界卫生大会，

审议了规划、预算和行政委员会代表执行委员会向其提交的2006-2015年第十一个工作总规划草案¹；

注意到工作总规划注重于世卫组织作为世界卫生问题专门机构的行动和责任及其在全球卫生中的作用，并同时审视影响健康的众多部门和学科的相互联系；

意识到不断变化的国际卫生背景以及世卫组织和各伙伴有效地应对这些变化的必要性；

注意到工作总规划呼吁采取集体行动，通过建议的全球卫生议程在今后10年内改善健康；

认识到工作总规划旨在作为世卫组织以成果为基础管理过程中的第一步，为世卫组织的工作提出大方向；

欢迎工作总规划所提供的框架及其所支持的正在编写中的中期战略性计划，后者体现为在秘书处的计划、监测和评价工作中以及本组织与各伙伴一起开展的工作中引进更具战略性的办法所作出的努力，

1. **批准** 2006-2015年第十一个工作总规划；

¹ 文件 A59/25。

2. **敦促**会员国确认它们为完成全球卫生议程和鼓励多学科伙伴关系应发挥的作用和采取的具体行动；
3. **促请**联合国系统各有关组织、国际发展伙伴和机构、非政府组织和私立部门考虑按照第十一个工作总规划中所含的全球卫生议程协调其工作；
4. **要求**总干事把第十一个工作总规划用作为 2006-2015 年期间对世卫组织工作进行战略性计划、监测和评价的基础；按需要审查和更新工作总规划以反映不断变化的全球卫生情况；并通过执行委员会向第六十三届世界卫生大会和第六十七届世界卫生大会报告第十一个工作总规划的持续相关性和使用情况。

(第九次全体会议, 2006 年 5 月 27 日 — 乙委员会第一份报告)

WHA59.5 欠交会费程度达到可援引《组织法》第七条规定的会员国

第五十九届世界卫生大会,

审议了执行委员会规划、预算和行政委员会就征收评定会费的状况, 包括欠交会费程度达到可援引《组织法》第七条规定的会员国以及解决欠费的特别安排等问题向第五十九届世界卫生大会提交的报告¹;

注意到在第五十九届世界卫生大会开幕时仍将终止阿富汗、安提瓜和巴布达、阿根廷、亚美尼亚、中非共和国、科摩罗、多米尼加共和国、几内亚比绍、吉尔吉斯斯坦、利比里亚、瑙鲁、尼日尔、索马里和土库曼斯坦的表决权, 这类终止将持续至这些会员国的欠费在本届或今后的卫生大会召开时下降至可援引《组织法》第七条规定的数额以下的水平时;

注意到刚果民主共和国和多米尼加的欠费在第五十九届世界卫生大会开幕时已达到使卫生大会有必要考虑根据《组织法》第七条, 在第六十届世界卫生大会开幕时是否应该终止这些国家的表决权,

决定:

- (1) 根据 WHA41.7 号决议确定的原则, 如果到第六十届世界卫生大会开幕之时, 刚果民主共和国和多米尼加的欠交会费仍处于可援引《组织法》第七条规定的程度, 将自大会开幕之时终止他们的表决权;

¹ 文件 A59/26。

(2) 上文所述实行的任何终止将持续至第六十届及其后的卫生大会直至刚果民主共和国和多米尼加的欠费已减至可援引《组织法》第七条规定的数额以下的水平之时；

(3) 根据《组织法》第七条，这项决定将不损害任何会员国要求恢复其投票权的权利。

(第九次全体会议，2006年5月27日 — 乙委员会第一份报告)

WHA59.6 欠交会费：阿富汗

第五十九届世界卫生大会，

审议了执行委员会规划、预算和行政委员会向第五十九届世界卫生大会提交的关于征收评定会费的状况，包括欠交会费程度达到可援引《组织法》第七条规定的会员国以及解决欠费的特别安排的第一份报告¹，有关阿富汗解决其欠费的要求，

1. **决定**在第五十九届世界卫生大会上恢复阿富汗的表决权；
2. **同意**阿富汗在2007年至2020年之间，除了每年交纳这一期间的会费之外，按下述所列分14年偿付总额为232 500美元的欠交会费：

	美元
2007	16 600
2008	16 600
2009	16 600
2010	16 600
2011	16 600
2012	16 600
2013	16 600
2014	16 600
2015	16 600
2016	16 600
2017	16 600
2018	16 600

¹ 文件 A59/26。

	美元
2019	16 600
2020	16 700
总计	232 500

- 决定**，根据《组织法》第七条的规定，如果阿富汗不遵守上述第 2 段提出的要求，其表决权将再次自动终止；
- 要求**总干事向第六十届世界卫生大会报告发展情况；
- 要求**总干事向阿富汗政府转达这项决议。

（第九次全体会议，2006 年 5 月 27 日 — 乙委员会第一份报告）

WHA59.7 欠交会费：亚美尼亚

第五十九届世界卫生大会，

审查了执行委员会规划、预算和行政委员会向第五十九届世界卫生大会提交的关于征收评定会费的状况，包括欠交会费程度达到可援引《组织法》第七条规定的会员国以及解决欠费的安排的第一份报告¹，关于亚美尼亚解决其欠交会费的要求，

- 决定**在第五十九届世界卫生大会上恢复亚美尼亚的表决权；
- 同意**亚美尼亚在 2006 年至 2023 年之间除了交纳这一期间的年度会费之外，按下述付款安排在 18 年内分期偿付总额为 2 446 150 美元的欠交会费：

	美元
2006	45 300
2007	45 300
2008	67 950
2009	67 950
2010	90 600
2011	90 600
2012	113 250

¹ 文件 A59/26。

	美元
2013	113 250
2014	135 900
2015	135 900
2016	158 550
2017	158 550
2018	181 200
2019	181 200
2020	203 850
2021	203 850
2022	226 500
2023	226 450
总计	2 446 150

3. **决定**，根据《组织法》第七条，如果亚美尼亚不遵守上述第 2 段的要求，其投票权将自动再次终止；
4. **要求**总干事向第六十届世界卫生大会报告发展情况；
5. **要求**总干事向亚美尼亚政府转达这项决议。

(第九次全体会议，2006 年 5 月 27 日 — 乙委员会第一份报告)

WHA59.8 欠交会费：中非共和国

第五十九届世界卫生大会，

审查了执行委员会规划、预算和行政委员会向第五十九届世界卫生大会提交的关于征收评定会费的状况，包括欠交会费程度达到可援引《组织法》第七条规定的会员国以及解决欠费的特别安排的第一份报告¹，关于中非共和国解决其欠交会费的要求，

1. **决定**在第五十九届世界卫生大会上恢复中非共和国的表决权；
2. **同意**中非共和国在 2006 年至 2010 年期间除了交纳这一期间的每年会费之外，将在 5 年内分期交纳总额为 164 841 美元的欠交会费：

¹ 文件 A59/26。

	美元
2006	32 970
2007	32 970
2008	32 970
2009	32 970
2010	32 961
总计	164 841

3. **决定**，根据《组织法》第七条，如果中非共和国不遵守上述第 2 段所述的要求，其表决权则将再次自动终止；
4. **要求**总干事向第六十届世界卫生大会报告发展情况；
5. **要求**总干事向中非共和国政府转达这项决议。

(第九次全体会议，2006 年 5 月 27 日 — 乙委员会第一份报告)

WHA59.9 欠交会费：多米尼加共和国

第五十九届世界卫生大会，

审查了执行委员会规划、预算和行政委员会向第五十九届世界卫生大会提交的关于征收评定会费的状况，包括欠交会费程度达到可援引《组织法》第七条规定的会员国以及解决欠费的特别安排的第一份报告¹，关于多米尼加共和国解决其欠交会费的要求，

1. **决定**在第五十九届世界卫生大会上恢复多米尼加的表决权；
2. **同意**多米尼加在 2006 年至 2020 年期间除了交纳这一期间的年度会费之外，按下述付款安排在 15 年内分期交纳其总额为 1 019 572 美元的欠交会费：

	美元
2006	67 970
2007	67 970
2008	67 970
2009	67 970

¹ 文件 A59/26。

	美元
2010	67 970
2011	67 970
2012	67 970
2013	67 970
2014	67 970
2015	67 970
2016	67 970
2017	67 970
2018	67 970
2019	67 970
2020	67 992
总计	1 019 572

3. **决定**，根据《组织法》第七条，如果多米尼加共和国不遵守上述第 2 段提出的要求，其表决权则将再次终止；
4. **要求**总干事向第六十届世界卫生大会报告发展情况；
5. **要求**总干事向多米尼加政府转达这项决议。

(第九次全体会议，2006 年 5 月 27 日 — 乙委员会第一份报告)

WHA59.10 欠交会费：土库曼斯坦

第五十九届世界卫生大会，

审查了执行委员会规划、预算和行政委员会向第五十九届世界卫生大会提交的关于征收评定会费的状况，包括欠交会费程度达到可援引《组织法》第七条规定的会员国以及解决欠费的特别安排的第一份报告¹，关于土库曼斯坦解决其欠交会费的要求，

1. **决定**恢复土库曼斯坦在第五十九届世界卫生大会上的表决权；
2. **同意**土库曼斯坦在 2006 年至 2015 年期间除了交纳这一期间的年度会费之外，按下述安排在 10 年内分期交纳其总额为 1 259 014 美元的欠交会费：

¹ 文件 A59/26。

	美元
2006	125 900
2007	125 900
2008	125 900
2009	125 900
2010	125 900
2011	125 900
2012	125 900
2013	125 900
2014	125 900
2015	125 914
总计	1 259 014

3. **决定**，根据《组织法》第七条，如果土库曼斯坦不遵守上述第2段提出的要求，其表决权则将再次自动终止；
4. **要求**总干事向第六十届世界卫生大会报告发展情况；
5. **要求**总干事向土库曼斯坦政府转达这项决议。

（第九次全体会议，2006年5月27日 — 乙委员会第一份报告）

WHA59.11 营养与艾滋病毒/艾滋病

第五十九届世界卫生大会，

审议了关于营养与艾滋病毒/艾滋病的报告¹；

忆及 WHA57.14 号决议特别敦促会员国实行政策和措施，将营养纳入对艾滋病毒/艾滋病的综合应对；

铭记世界卫生组织努力支持将获得抗逆转录病毒治疗作为“三五”行动的一部分，并确保向艾滋病毒/艾滋病患者提供一揽子综合护理和支助；

¹ 文件 A59/7。

忆及世界卫生组织在非洲召开的关于营养和艾滋病毒/艾滋病技术协商会（南非德班，2005年4月10-13日），这些建议的基础是对最近关于包括孕妇和哺乳妇女在内的艾滋病毒感染人群以及正在接受抗逆转录病毒治疗患者对常量营养元素和微量营养元素需求的科学证据详细审议的主要结论¹；

注意到食物和适当的营养通常被确认是艾滋病毒、艾滋病患者和受流行影响人群的最直接和重要的需求；

铭记营养和食物保障要求采取系统和同步的行动以应付该病流行的挑战；

注意到营养与艾滋病毒/艾滋病以及机会感染增加的风险与营养不良之间的复杂相互作用；

注意到一些会员国已具备可用作制定重点和工作计划基础的与营养和艾滋病毒/艾滋病相关的政策和规划；

强调确保与联合国系统其它机构，特别是粮农组织、儿童基金会和世界粮食计划署就这一问题合作的重要性，

1. 敦促会员国：

(1) 通过确定立即纳入艾滋病毒/艾滋病规划的营养干预措施将营养作为其对艾滋病毒/艾滋病反应的一个组成部分，包括：

(a) 加强政治承诺，将营养和艾滋病毒/艾滋病作为其卫生议程的组成部分；

(b) 加强艾滋病毒/艾滋病政策与规划中的营养部分并将艾滋病毒/艾滋病问题纳入国家营养政策和规划；

(c) 制定具体的宣传工具以增强决策者认识到为将营养纳入艾滋病毒/艾滋病预防治疗和护理规划中的迫切性和所需采取的步骤；

(d) 评估与营养和艾滋病毒/艾滋病相关的现行政策和规划并判明需要填补的差距及结合营养干预措施的进一步机会；

¹ 文件 EB116/12，附件。

(e) 确保农业、卫生、社会服务、教育、财政和营养部门之间密切的多部门合作与协调；

(2) 加强、修订或制定新的准则和评估工具，包括营养咨询以及脆弱和边缘人群的特殊营养需求，以便向处于不同患病阶段的艾滋病毒感染者和艾滋病患者提供营养护理和支助，并按性别和年龄采取具有针对性的提供抗逆转录病毒治疗的措施；

(3) 提供支持并扩大现行干预措施，通过下述方法改进处于艾滋病毒环境下的婴幼儿的营养状况并处理严重的营养不良情况：

(a) 全面实施婴幼儿喂养全球战略及其在极端困难情况下的喂养措施和联合国艾滋病毒与婴儿喂养优先行动框架¹；

(b) 加强医院和社区工作人员、母亲、家庭成员及提供护理的其他人员的能力，以便改进接触或已感染艾滋病毒/艾滋病的严重营养不良儿童的护理；

(c) 根据艾滋病毒/艾滋病的情况，鼓励振兴爱婴医院行动；

(d) 对预防母婴传播艾滋病毒提供咨询的婴儿喂养规划加速提供培训并扩大使用准则和工具；

(e) 确保培训卫生工作者的机构审查其课程并使之与目前建议相一致；

2. 要求总干事：

(1) 加强向会员国提供技术指导以将营养方面的考虑纳入艾滋病毒和艾滋病政策和规划中；

(2) 支持发展宣传工具以加强决策者认识到将营养和艾滋病毒/艾滋病作为一项卫生议程重点的迫切性和必要性；

(3) 作为一项重点事项，支持制定和散发以科学为基础的关于向艾滋病毒/艾滋病患者提供营养护理和支助的建议、准则和工具；

¹ 艾滋病毒与婴儿喂养：优先行动框架。日内瓦，世界卫生组织，2003年。

- (4) 促进将营养问题纳入对卫生工作人员的培训（包括职前培训），纳入技术咨询以及为社区和家庭环境及在紧急情况下使用的培训材料中；
- (5) 继续促进与营养和艾滋病毒/艾滋病有关的研究，处理知识差距和实施方面的问题；
- (6) 支持制定适宜的指标以衡量在实现将营养纳入艾滋病毒规划以及营养干预措施在影响方面的进展；
- (7) 确保这一领域所有相关方面的合作，从而可利用相互的成就取得进展；
- (8) 鼓励制定准则，以将适宜的食物和营养干预措施纳入资助方案。

（第九次全体会议，2006年5月27日 — 甲委员会第二份报告）

WHA59.12 世卫组织实施改进多边机构和国际捐助者防治艾滋病工作协调问题全球工作队的建议

第五十九届世界卫生大会，

注意到关于艾滋病毒/艾滋病以及普遍获得预防、护理和治疗的报告¹；

认识到世卫组织作为联合国艾滋病毒/艾滋病联合规划署(艾滋病规划署)联合发起组织的作用；

忆及艾滋病规划署方案协调委员会第十七届会议(2005年6月27-29日，日内瓦)的决定；

赞扬改进多边机构和国际捐助者防治艾滋病工作协调问题全球工作队的最后报告²；

在这方面注意到将需要使艾滋病规划署与其联合发起组织之间的工作更加协调与和谐并明确区分各自的责任，而且还要与国家及全球伙伴保持协调；

¹ 文件 A59/8。

² 改进多边机构和国际捐助者防治艾滋病工作协调问题全球工作队：最后报告，2005年6月14日。

注意到重点是支持国家级的行动并形成国家反应；

认识到领导作用、国家对计划和重点的所有权、促进有效的协调以及国家级规划和支持的一致性与和谐是有效国家反应的关键决定因素，

1. **认可**改进多边机构和国际捐助者防治艾滋病工作协调问题全球工作队的建议，并进一步认可艾滋病规划署方案协调委员会第十七届会议报告中所含的一切有关决定¹；
2. **敦促**会员国查明障碍和加强机构能力，包括人力资源，以便根据国情加速实施“三一”原则²；
3. **要求**总干事：

(1) 在确定的最后期限之内，实施改进多边机构和国际捐助者防治艾滋病工作协调问题全球工作队的建议，与艾滋病规划署及其它联合发起组织合作拟定适当行动计划，并保持全球工作队创造的势头；

(2) 向执行委员会第119届会议和第六十届世界卫生大会报告在实施全球工作队建议方面取得的进展，此后每两年报告一次，并用这份报告向艾滋病规划署方案协调委员会通报情况；

(3) 为各国政府提供有效的技术支持并根据商定的分工，着重于世卫组织比其它机构更具优势的领域，尤其是加强卫生系统和卫生人力资源以便增强干预措施。

(第九次全体会议，2006年5月27日 — 甲委员会第三份报告)

WHA59.13 关于世卫组织 2004-2005 年账目的财务报告

第五十九届世界卫生大会，

审议了2004年1月1日至2005年12月31日的财务报告和财务审计报表以及外审计员向世界卫生大会提交的报告³；

¹ 文件UNAIDS/PCB(17)/05.10。

² 一个为协调所有伙伴工作提供基础的商定的艾滋病毒/艾滋病行动框架；一个具有广泛基础的多部门职权的艾滋病国家协调机构；以及一个商定的国家级监测和评价系统。

³ 文件A59/28和A59/28 Add.1。

注意到执行委员会规划、预算和行政委员会向第五十九届世界卫生大会提交的第二和第三份报告¹，

接受总干事关于 2004 年 1 月 1 日至 2005 年 12 月 31 日的财务报告和财务审计报告以及外审计员向世界卫生大会提交的报告。

(第九次全体会议，2006 年 5 月 27 日 — 乙委员会第二份报告)

WHA59.14 不叙级职位职员和总干事的薪金

第五十九届世界卫生大会，

注意执行委员会关于不叙级职位职员和总干事薪酬的建议，

1. **确定**助理总干事和区域主任在扣除薪金税以前的年薪为 160 574 美元，因而薪金净额为 117 373 美元(有受扶养者)或 106 285 美元(单身者)；
2. **确定**总干事在扣除薪金税以前的年薪为 217 945 美元，因而薪金净额为 154 664 美元(有受扶养者)或 137 543 美元(单身者)；
3. **决定**对薪酬的这些调整应自 2006 年 1 月 1 日起生效。

(第九次全体会议，2006 年 5 月 27 日 — 乙委员会第二份报告)

WHA59.15 国际化学品管理战略方针

第五十九届世界卫生大会，

审议了国际化学品管理战略方针²；

忆及在 WHA56.22 号决议中要求全球卫生合作伙伴参与进一步制定国际化学品管理战略方针，以便将已拟定的战略方针提交卫生大会审议；

¹ 文件 A59/29 和 A59/31。

² 见附件 1。

忆及关于环境与发展的《里约宣言》第一条原则，即“人类处于备受关注的可持续发展问题的中心。他们应享有以与自然相和谐的方式过健康而富有生产成果的生活的权利”¹；

忆及可持续发展问题世界首脑会议 2002 年 9 月 4 日通过的《约翰内斯堡执行计划》² 第 23 段和联合国大会 2005 年 12 月 16 日通过的《2005 年世界首脑会议成果》³ 第 56 段，其中国家元首和政府首脑决心促进这样一项战略方针；

欢迎在阿拉伯联合酋长国迪拜举行的国际化学品管理大会 2006 年 2 月 6 日通过的由《关于国际化学品管理的迪拜宣言》、《总体政策战略》和《全球行动计划》组成的《国际化学品管理战略方针》；

注意到联合国环境规划署理事会在阿拉伯联合酋长国迪拜举行的第九届特别会议 2006 年 2 月 9 日对该战略方针表示赞同；

欢迎战略方针的多部门性质、组织间化学品健全管理方案各参与组织之间的协调和合作精神以及环境署在制定和实施战略方针方面的重要作用；

注意到包括世卫组织在内的卫生部门积极参与制定战略方针，其中包括第五十八届世界卫生大会注意到的卫生部门确定的重点⁴；

铭记世卫组织就化学品健全管理的人类健康问题提供国际领导方面的作用；

还铭记世卫组织通过国际劳工组织、世卫组织和环境署之间一项合作规划国际化学品安全规划以及世卫组织与国际劳工组织之间关于工人健康确定的合作联合规划对化学品健全管理作出的贡献；

确认在实施国际化学品管理战略方针时处理国家级卫生利益的必要性，

1. **注意到**由《关于国际化学品管理的迪拜宣言》、《总体政策战略》和《全球行动计划》组成的《国际化学品管理战略方针》⁵；

¹ 文件 A/CONF.151.26 (Vol. I)，原则 1。

² 《可持续发展问题世界首脑会议的报告，南非约翰内斯堡，2002 年 8 月 26 日至 9 月 4 日》（联合国出版物，出售品编号：E.03.II.A1）第一章，决议 2，附件。

³ 联合国大会第 60/1 号决议。

⁴ 文件 WHA58/2005/REC/3，甲委员会第十一次会议摘要记录。

⁵ 文件 UNEP/GCSS.IX/6/Add.1

2. 敦促会员国：

- (1) 在国家实施国际化学品管理战略方针时充分考虑到化学品安全的卫生方面；
- (2) 参与国家、区域和国际努力以实施战略方针，包括国际化学品管理大会；
- (3) 视具体情况从卫生部门提名国家战略方针联络点，以便与世卫组织保持联系；

3. 要求总干事：

- (1) 便利卫生部门实施国际化学品管理战略方针，注重与人类健康有关的部分；
- (2) 通过与组织间化学品健全管理方案和国际化学品安全规划中的各伙伴以及就战略方针所涉工人健康与国际劳工组织合作，为实施战略方针提供支持；
- (3) 向国际化学品管理大会 2009 年会议通报实施本决议方面的进展¹。

(第九次全体会议，2006 年 5 月 27 日 — 乙委员会第二份报告)

WHA59.16 食品法典委员会：修订《章程》

第五十九届世界卫生大会，

审议了关于修订食品法典委员会《章程》的报告²；

审议了食品法典委员会第二十八届会议的建议，即粮农组织大会和卫生大会应修订其《章程》，删除对标准承认程序的任何提及；

注意到上述修正案只有在粮农组织大会和卫生大会批准后方可生效；

考虑到粮农组织大会第三十三届会议根据所述委员会提出的建议通过了食品法典委员会《章程》修正案，

¹ 文件 UNEP/GCSS.IX/6/Add.1，附件三中决议 1，第 3 款。

² 文件 A59/38。

批准本决议附件中复制的经修订的食品法典委员会《章程》第1条。

附件

第1条

除下面第5条另有规定外,食品法典委员会负责就有关执行粮农组织/世卫组织联合食品标准计划的所有事项,向粮食及农业组织和世界卫生组织两总干事提出建议,并接受他们的咨询,其目的是:

- (a) 保护消费者的健康和确保食品贸易的公平进行;
- (b) 促进国际政府组织和非政府组织进行的所有食品标准工作的协调;
- (c) 确定轻重缓急次序,并且通过适当组织并在其协助下发起和指导标准草案的拟定工作;
- (d) 最后确定根据上面(c)款拟定的标准,并且只要切实可行,就与其他机构根据上面(b)款业已最后确定的国际标准一起,在食品标准中予以公布,作为地区标准或全世界的标准;
- (e) 根据形势发展酌情修改已公布的标准。

(第九次全体会议,2006年5月27日—乙委员会第二份报告)

WHA59.17 世界卫生组织烟草控制框架公约缔约方会议第一届会议的结果

第五十九届世界卫生大会,

审议了关于世界卫生组织烟草控制框架公约缔约方会议第一届会议的结果的报告¹;

忆及要求根据世卫组织《组织法》第十九条制定框架公约的WHA49.17和WHA52.18号决议以及通过世卫组织烟草控制框架公约的WHA56.1号决议;

¹ 文件A59/40。

认识到迫切需要所有缔约方履行框架公约规定的义务和注意到公约常设秘书处在这项工作中的基本作用；

重申框架公约第 3 条所述的它的目标，

1. **欢迎** 2006 年 2 月 6-17 日在日内瓦成功召开世界卫生组织烟草控制框架公约缔约方会议第一届会议；
2. **注意到** 缔约方会议设立公约常设秘书处的决定¹；
3. **要求** 总干事：
 - (1) 根据 FCTC/COP1(10)号决定在世界卫生组织内设立公约常设秘书处，地点为日内瓦；
 - (2) 根据 FCTC/COP1(12)号决定，在 2008-2009 年继续支持并在适当时加强无烟草行动以协助公约秘书处实施公约；
4. **吁请** 尚未这样做的会员国考虑尽早批准、接受、核准、正式确认或加入公约。

(第九次全体会议，2006 年 5 月 27 日 — 乙委员会第二份报告)

WHA59.18 《世界卫生大会议事规则》。第十四条：文件发送

第五十九届世界卫生大会，

忆及关于卫生大会的工作方法的 WHA51.30 号决议，该决议要求总干事确保今后理事机构会议的文件至少在规定的会议开幕之日 30 天前以六种正式语言散发并在因特网上获得；

关注与卫生大会会议议程有关的文件在因特网上提供和发送越来越晚；

强调会员国、特别是其国语不是本组织正式语言之一的会员国必须及时收到文件，以便做好充分准备参加卫生大会；

¹ FCTC/COP1(10)号决定。

注意到《执行委员会会议事规则》第五条规定总干事应于执委会每届例会开幕前至少六星期发送执行委员会会议文件，

决定根据其《议事规则》第一二一条修正该《规则》第十四条，从今以后将第十四条改为如下：

第十四条

与每届会议临时议程有关的所有报告及其它文件，应由总干事与临时议程同时或在卫生大会每届例会开幕前至少六星期在因特网上提供并发送各会员国和准会员以及参加会议的政府间组织；适当的报告和文件还应以相同的方式发送与本组织建立关系的非政府组织。

（第九次全体会议，2006年5月27日—乙委员会第二份报告）

WHA57.19 预防和控制性传播感染：全球战略

第五十九届世界卫生大会，

审议了预防和控制性传播感染全球战略草案¹；

忆及 WHA46.37 号决议，其中认识到其它性传播疾病在艾滋病毒传播中的作用；WHA53.14 号决议，它要求总干事制定卫生部门对艾滋病毒/艾滋病和性传播感染的流行作出反应的全球战略；WHA56.30 号决议，它注意到全球卫生部门艾滋病毒/艾滋病战略；以及 WHA57.12 号决议，该决议认可朝着实现关于生殖卫生的国际发展目标和具体目标加速进展的战略；

确认和重申，在 2005 年世界首脑会议（纽约，2005 年 9 月 14-16 日）上，世界各国领导承诺按照国际人口与发展会议（开罗，1994 年 9 月）的规定，到 2015 年时实现普遍获得生殖保健服务，把这项目标纳入各项战略以实现国际商定的旨在降低孕产妇死亡率、改善孕产妇健康、降低儿童死亡率、促进男女平衡、抵御艾滋病毒/艾滋病和消灭贫穷的发展目标，包括《千年宣言》所载的目标，并进一步认识到实现千年发展目标需要对性和生殖健康进行投资和作出政治承诺，其中包括预防和控制性传播感染²，

¹ 见附件 2。

² 联合国大会第 60/1 号决议。

1. **认可**预防和控制性传播感染全球战略，并认识到“具有年龄针对性”的干预措施是符合人民的权利及卫生和发展需要并提供机会获取性和生殖卫生信息、生活技能、教育和护理的干预措施，而且当涉及青少年时，所采取的方式符合其不断发展的能力；

2. **敦促**会员国：

(1) 根据国情采用和利用这项战略以确保实现千年发展目标的国家努力包括符合地方流行病学状况的预防和控制性传播感染计划和行动，包括为此目的动员政治意愿和筹集财政资源；

(2) 将预防和控制性传播感染作为艾滋病毒预防以及性和生殖卫生规划的一个有机组成部分；

(3) 监测国家计划的实施以确保性传播感染危险加大的人群能获得预防信息和用品以及及时诊断和治疗；

3. **要求**总干事：

(1) 与联合国系统其它组织合作，为在全球和区域级实施战略拟定一项确定重点、行动、时限和绩效指标的行动计划，并为国家级实施和监测控制和预防性传播感染国家计划提供支持；

(2) 在会员国中间提高对拟定、促进和资助预防和控制性传播感染支持性法规、计划和战略重要性的认识；

(3) 应要求向会员国提供支持，以与地方性传播感染流行病学相适宜的方式调整和实施战略并评价其影响和有效性；

(4) 在 2009、2012 和 2015 年通过执行委员会向卫生大会报告实施战略方面的进展。

(第九次全体会议，2006 年 5 月 27 日 — 甲委员会第四份报告)

WHA59.20 镰状细胞贫血

第五十九届世界卫生大会，

审议了关于镰状细胞贫血的报告¹；

忆及关于基因组学与世界卫生的 WHA57.13 号决议，以及执行委员会第 116 届会议关于控制遗传病的讨论，其中确认了遗传学服务在改善全球卫生和缩小全球健康差距方面的作用²；

忆及非洲联盟大会第五届常会的 Assembly/AU/Dec.81(V)号决定；

注意到第四次美非镰状细胞贫血问题国际讨论会(2000 年 7 月 26-28 日，阿克拉)的结论，以及抗镰状细胞贫血国际组织第一和第二届国际会议(分别于 2002 年 1 月 25-26 日在巴黎和 2003 年 1 月 20-23 日在科托努举行)的结果；

关注遗传病，特别是镰状细胞贫血对全球，尤其是发展中国家死亡率和发病率的影响，还关注遭受该病影响的患者及家庭的痛苦；

认识到镰状细胞贫血的流行程度在社区之间各不相同，而且相关的流行病学数据不足可能给有效和公平的管理提出挑战；

对不把镰状细胞贫血正式确认为公共卫生重点深表关注；

认识到目前世界各地不能平等获得安全和适当的遗传学服务；

认识到镰状细胞贫血方面的有效规划必须对文化习俗敏感并适合特定的社会环境；

认识到产前筛查镰状细胞贫血产生了需要给予适当考虑的特定伦理、法律和社会问题，

1. 敦促镰状细胞贫血作为一个公共卫生问题的会员国：

(1) 以系统、公平和有效的方式制定、实施并加强广泛的国家预防和管理镰状细胞贫血综合规划，包括监测、传播信息、提高认识、咨询和筛查；这些规划须适应特定的社会经济、卫生体制和文化背景并旨在减少与这种遗传病有关的发病率、致病率和死亡率；

¹ 文件 A59/9。

² 见文件 EB116/2005/REC/1，第一次会议摘要记录，第 4 部分。

- (2) 努力确保向镰状细胞贫血患者提供充足、适宜和可及的紧急医护；
- (3) 发展它们评价镰状细胞贫血状况和国家规划影响的能力；
- (4) 在流行程度高的地区强化对所有卫生专业人员的培训；
- (5) 在现有初级卫生保健系统范围内，与国家和地方政府机构以及非政府组织，包括父母或患者组织合作，发展和加强系统的医学遗传服务；
- (6) 促进相关的社区教育，包括健康咨询以及伦理、法律和社会问题；
- (7) 在防治镰状细胞贫血方面促进有效的国际合作；
- (8) 与各国际组织合作，支持对镰状细胞贫血进行基础与应用研究；

2. 要求总干事：

- (1) 提高国际社会对镰状细胞贫血全球负担的认识，并促进公平获得卫生保健服务以便预防和管理该病；
- (2) 通过制定预防和管理镰状细胞贫血的国家政策和战略，为会员国提供技术支持和意见；
- (3) 促进和支持：
 - (a) 国家间合作以便发展人员培训及其专门知识并进一步向发展中国家转让先进技术和专门知识；
 - (b) 为医疗、培训和研究建造和装备转诊中心；
- (4) 通过起草关于预防和管理镰状细胞贫血的指导方针，包括良好规范和实用模式，继续世卫组织的规范职能，以便制订区域计划和促进建立区域专家小组；
- (5) 促进、支持和协调有关镰状细胞疾病所需的研究，以便延长这类疾病患者的寿命并提高他们的生活质量。

(第九次全体会议，2006年5月27日 — 甲委员会第四份报告)

WHA59.21 2006 年婴幼儿营养

第五十九届世界卫生大会，

审议了关于婴幼儿营养的报告，其中强调最佳婴儿喂养方法对实现包括《千年宣言》所载列目标在内的国际商定的与卫生有关的发展目标的贡献¹；

忆及卫生大会通过《国际母乳代用品销售守则》（WHA34.22 号决议）以及关于婴幼儿营养、适宜喂养方法和有关问题的 WHA35.26、WHA37.30、WHA39.28、WHA41.11、WHA43.3、WHA47.5、WHA49.15、WHA54.2 和 WHA58.32 号决议；

特别重申 WHA44.33 和 WHA55.25 号决议，它们分别欢迎 1990 年有关保护、促进和支持母乳喂养的《因诺琴蒂宣言》和认可婴幼儿喂养全球战略，作为保护、促进和支持母乳喂养方面行动的基础；

欢迎 2005 年关于婴幼儿喂养的《因诺琴蒂宣言》中包含的行动呼吁；

铭记 2006 年标志《国际母乳代用品销售守则》通过 25 周年并确认其在艾滋病毒/艾滋病大流行、日益频繁复杂的人类和自然紧急情况增强后的相关性以及对婴儿配方奶粉固有污染的关切，

1. **重申** 其支持婴幼儿喂养全球战略；
2. **欢迎** 2005 年关于婴幼儿喂养的《因诺琴蒂宣言》中提出的行动呼吁，作为实现第四项千年发展目标的重要一步，以便降低儿童死亡率；
3. **敦促** 会员国支持就这一行动呼吁开展的活动，特别是继续其对与实施《国际母乳代用品销售守则》及其后相关卫生大会决议有关的政策和规划的承诺，并振兴爱婴医院倡议，以便保护、促进和支持母乳喂养；
4. **呼吁** 多边和双边捐助者及国际金融机构为会员国开展这些工作投入财政资源；
5. **要求** 总干事为会员国动员技术支持以实施和独立监测《国际母乳代用品销售守则》和其后相关卫生大会决议。

（第九次全体会议，2006 年 5 月 27 日 — 甲委员会第五份报告）

¹ 文件 A59/13。

WHA59.22 应急准备和反应

第五十九届世界卫生大会，

审议了关于应急准备和反应的报告¹；

意识到天灾人祸造成的痛苦；

注意到受危机影响国家和社区的复原能力因长期以来每日面临的巨大压力受到侵蚀；

担忧许多国家应急准备能力薄弱，现有机制无力应付大规模灾害，例如伊朗伊斯兰共和国巴姆地区的地震、最近印度和巴基斯坦北部的地震、南亚的地震和海啸以及美利坚合众国的卡特里娜飓风和丽塔飓风；

赞赏在南亚地震的应急反应方面，尤其是东地中海和东南亚区域取得的进展；

忆及关于针对危机和灾害采取的卫生行动，特别关注 2004 年 12 月 26 日的地震和海啸的 WHA58.1 号决议，以及联合国大会关于加强联合国紧急人道主义援助的协调的第 60/124 号决议，

1. 对受灾民众，其家人及其政府**表示**同情、支持和声援；
2. **要求**会员国酌情通过立法、计划、技术、财政和后勤措施，进一步加强国家的突发事件缓解、准备、应对和恢复规划，特别注重建设卫生系统和社区复原能力；
3. **敦促**会员国向受影响国家提供支持，并支持世卫组织在其职权范围内立即应对人道主义卫生危机；
4. **要求**总干事采取必要步骤：
 - (1) 向会员国提供必要技术指导和支持，帮助它们在国家 and 地方各级制订卫生部门应急准备和反应规划，重点放在加强社区的准备和复原能力；
 - (2) 在世界减灾会议(日本兵库县神户, 2005 年 1 月 18 日至 22 日)通过的 2005-2015 年兵库行动框架基础上，支持会员国评估卫生部门应急准备状况，包括评估医院和其它关键卫生基础设施的复原和风险管理能力；

¹ 文件 A59/20。

(3) 努力确保世卫组织在其职权范围内有能力有效应对突发事件和危机，并在此过程中，在联合国人道主义事务协调厅以及其它有关国际组织和机制协调下与联合国系统其它组织密切合作；

5. 特别要求总干事：

(1) 探讨和执行措施，通过现有机制，例如中央应急反应基金、国际搜寻和救援咨询组或联合国灾害评估和协调小组，加强参与整体的人道主义反应工作；

(2) 汇编关于权威性技术卫生参考资料的全球数据库，便利卫生部门对突发事件和危机作出反应；

(3) 与联合国系统有关组织和其他伙伴合作，建立并维持跟踪服务，监测和评估人道主义紧急情况中的死亡率；

(4) 参加联合国全系统后勤和供应管理机制，确保在突发事件和危机中立即调动重要供应品；

6. 进一步要求总干事通过执行委员会向第六十届世界卫生大会报告实施本决议方面的进展情况。

(第九次全体会议，2006年5月27日 — 乙委员会第三份报告)

WHA59.23 迅速加大卫生人力培养力度

第五十九届世界卫生大会，

认识到如《2006年世界卫生报告》¹所强调的，卫生人力资源对国家卫生系统有效运转的重要性；

认识到这类卫生工作者的短缺妨碍了作出努力，实现国际商定的与卫生相关的发展目标，包括《千年宣言》和世卫组织重点规划中所载目标；

意识到联盟旨在通过工业化国家与发展中国家之间的伙伴关系，在经历短缺的国家迅速增加合格卫生工作者的数量²；

忆及关于卫生人员国际移徙所带来挑战的WHA57.19号决议；

¹ 《2006年世界卫生报告：通力合作，增进健康》。日内瓦，世界卫生组织，2006年

² 例如，全球卫生人力联盟，其秘书处设在世卫组织。

关注在许多国家，尤其是撒哈拉以南非洲国家，培训充足的卫生工作者以充分涵盖其人口的能力不足；

关注许多国家缺少资金、设施和足够的教育者以培训充足的卫生人力；

铭记需要一项综合的国家卫生人力资源政策和计划，并且培养系其要素之一；

认识到实现卫生人力开发方面自足目标的重要性，

1. **敦促**会员国通过以下方式确认其对培训更多卫生工作者的承诺：

(1) 考虑建立机制以减轻通过移徙损失卫生人员对发展中国家的不利影响，包括由工业化国家接受国在原籍国支持加强卫生系统、特别是人力资源开发的手段；

(2) 促进在经认可的机构培训各类高质量专业人员，以及社区卫生工作者、公共卫生工作者和准专业人员；

(3) 鼓励全球卫生伙伴，包括双边捐助者以及重点疾病和干预伙伴关系为发展中国家卫生培训机构提供财政支持；

(4) 促进工业化国家和发展中国家学校之间涉及教师和学生交流的培训伙伴关系概念；

(5) 促进在每个面临卫生工作者短缺的国家建立计划小组，吸收更广泛的利益攸关者，包括专业机构、公立和私立部门以及非政府组织，这些小组的任务是制定国家卫生人力综合战略，包括考虑利用经培训的志愿人员的有效机制；

(6) 在工业化国家和发展中国家采取创新性的教学方针，通过积极利用信息和通信技术推广最新教学材料和继续教育；

2. **要求**总干事：

(1) 在会员国努力振兴卫生培训机构，迅速增加卫生人力方面向他们提供所需技术支持；

(2) 鼓励全球卫生伙伴支持卫生培训机构；

(3) 鼓励会员国积极参与培训伙伴关系，以提高发展中国家卫生专业教育的能力和数量；

(4) 鼓励并支持会员国在发展中国家发展卫生人力计划小组和使用创新性方针，通过利用信息和通信技术推广最新教学材料和继续教育；

(5) 向第六十三届世界卫生大会报告实施本决议方面取得的进展。

第九次全体会议，2006年5月27日 — 甲委员会第六份报告)

WHA59.24 公共卫生、创新、基本卫生研究和知识产权：制定全球战略和行动计划

第五十九届世界卫生大会，

忆及 WHA56.27 号决议，该决议要求总干事为一个有时间限制的适当机构制订职权范围，以便收集来自不同的有关行动者的数据和建议，就知识产权、创新和公共卫生作出分析；

进一步忆及 WHA52.19、WHA53.14、WHA54.10 和 WHA57.14 号决议；

审议了知识产权、创新与公共卫生委员会的报告¹；

意识到严重影响发展中国家，特别是影响妇女和儿童的疾病和状况日益沉重的负担，包括非传染病的急剧增加；

考虑到必须继续为艾滋病、疟疾和结核等传染病以及严重影响发展中国家的其它疾病或不健康状况研制安全和可负担得起的新产品²；

意识到生物医学科学发展开辟的机遇以及必须更有效地利用它们开发新产品，特别是为了满足发展中国家的公共卫生需求；

认识到近几年各国政府、工业界、慈善基金会和非政府组织已在采取资助行动开发新产品以抗击影响发展中国家的疾病和增加获得现有产品方面取得了相当大的进展；

虽然如此，确认在可避免的痛苦和死亡规模方面需要做更多工作；

对资源匮乏环境中生活的患者需要适宜、有效和安全的卫生工具表示关切；

考虑到研制新产品的紧迫性，以便处理诸如耐多药结核等新出现的健康威胁以及其它与发展中国家有关的传染病；

¹ 公共卫生、创新和知识产权。知识产权、创新和公共卫生委员会报告。文件 CIPH/2006/1。

² “产品”一词此后应被理解为包括疫苗、诊断制剂和药物。

意识到需要为包括艾滋病在内的严重影响发展中国家的疾病研究和开发新疫苗、诊断制剂和药物提供补充资金；

确认致力于开发新的基本药物和研究工具的公私伙伴关系的重要性和必要性，并意识到政府必须确定以需求为基础的重点卫生议程，并为此类行动提供政治支持和可持续的资助资源；

确认公立和私立投资在开发新的医疗技术方面的重要性；

考虑到一些发展中国家一直在加强其在新的卫生技术方面的研究与开发能力以及它们的作用将日益至关重要，并认识到必须继续支持在发展中国家及由它们开展的研究；

注意到知识产权是对开发新的卫生保健产品的一项重要激励手段；

然而注意到在潜在支付市场不大或不确定的地方，单靠这种激励手段不能满足开发新产品抗击疾病的需要；

注意到《关于与贸易有关的知识产权协定和公共卫生的多哈部长宣言》确认该协定不妨碍，而且不应当妨碍会员国采取措施保护公众健康；

进一步注意到《宣言》在重申对《与贸易有关的知识产权协定》承诺的同时，确认该协定可以，而且应当以支持世贸组织成员保护公众健康并尤其促进人人获得药物的权利的方式解释和实施；

考虑到《与贸易有关的知识产权协定》第 7 条，该条指出，“知识产权的保护和实施应有助于促进技术革新及技术转让和传播，有助于技术知识的创造者和使用者的相互利益，并有助于社会和经济福利及权利与义务的平衡”；

强调《世界人权宣言》规定，“人人有权自由参加社会的文化生活，享受艺术，并分享科学进步及其产生的福利”以及“人人以由于他所创作的科学、文学或美术作品而产生的精神的和物质的利益，有享受保护的权力”；

忧虑药物的高价格对获得治疗的影响；

意识到需要在支持创新的机制中促进新思维；

意识到加强发展中国家地方公共机构和企业促进和参与研究与开发工作的能力的重要性；

注意到委员会报告要求世卫组织制订全球行动计划，以便为开发和应用面向严重影响发展中国家的疾病的产品争取更多和更持续的资金支持，

1. **欢迎**委员会关于知识产权、创新与公共卫生的报告，并对委员会主席、副主席及其委员的工作表示赞赏；

2. **敦促**会员国¹：

(1) 将全球卫生和医药列为重点部门，采取坚决行动，以按照患者的需要尤其是在资源匮乏环境中的患者的需要强调研究与开发工作的重点，并利用疾病流行国家参与的研究与开发协作行动；

(2) 考虑到报告的建议，对制定全球战略和行动计划作出积极贡献并与秘书处和各国际伙伴一起开展工作，积极参与支持基本医学研究与开发工作；

(3) 努力确保在基础科学和生物医学领域的进展能够转化为改进的、安全的和可负担得起的卫生产品——药品、疫苗和诊断制剂，以适应所有患者和使用者的需要，尤其是生活在贫困中的患者和使用者的需要，同时考虑到至关重要的性别作用，并确保加强能力以支持向民众迅速提供基本药物；

(4) 鼓励贸易协定考虑到《与贸易有关的知识产权协定》中包含并经《关于与贸易有关的知识产权协定和公共卫生的多哈部长宣言》确认的灵活性；

(5) 确保在 2006 年世卫组织各区域委员会的议程中列入世卫组织知识产权、创新与公共卫生委员会的报告；

3. **决定**：

(1) 根据《世界卫生大会议事规则》第 42 条，建立向一切有关会员国开放的一个政府间工作小组，以便制定全球战略和行动计划，提供基于委员会建议的中期框架；该战略和行动计划的目的，除其它外，为针对严重影响发展中国家的疾病并以需求驱动的基本卫生研究与开发确保强化和持久的基础，为研究与开发提出明确的目标和重点并估算该领域内的供资需求；

(2) 由作为主权国家的世卫组织会员国组成的区域经济一体化组织，如其会员国已将本决议所辖事项的处理权，包括接受具有法律约束力的国际条例的权力，转交给该组织，可根据《世界卫生大会议事规则》第五十五条参与第 3(1)段中提及的政府间工作小组的工作；

¹ 在适当时，也包括区域经济一体化组织。

(3) 上述工作小组应通过执行委员会向第六十届世界卫生大会报告取得的进展，同时特别注意需求驱动的研究工作以及可尽早进行实施的其它可能领域；

(4) 工作小组应通过执行委员会向第六十一届世界卫生大会提交最终的全球战略和行动计划；

4. 要求总干事：

(1) 立即召集政府间工作小组并为其调拨必要的资源；

(2) 邀请非会员国代表、WHA27.37 号决议中提及的解放运动代表、联合国系统各组织的代表、与世卫组织建立了有效关系的政府间组织代表以及根据卫生大会有关的《议事规则》和决议将出席工作小组会议的与世卫组织有正式关系的非政府组织代表作为观察员参加政府间工作小组会议；

(3) 邀请专家以及数量有限的相关公立和私立实体出席政府间工作小组的会议，并在必要时应主席的要求提供意见和专门技术，同时考虑到需要避免利益冲突；

(4) 继续发行以公共卫生为基础的研究与开发报告，从公共卫生的角度确认药品方面的差距和需求，并就此定期进行报告；

(5) 从公共卫生的角度出发并酌情与其它国际组织协商，继续监测知识产权以及委员会报告涉及的其它问题对开发和获得卫生保健产品的影响，并就此向世界卫生大会报告。

(第九次全体会议，2006 年 5 月 27 日 — 甲委员会第六份报告)

WHA59.25 预防可避免盲症和视力损害

第五十九届世界卫生大会，

审议了关于预防可避免盲症和视力损害的报告¹；

认识到世界范围内有超过 1.61 亿人视力受到损害，其中 3700 万人患有盲症，而且估计 75% 的盲症是可避免的或利用确定和可负担得起的技术可治愈的；

忆及关于消灭可避免的盲症的 WHA56.26 号决议；

¹ 文件 A59/12。

注意到许多会员国已承诺支持消灭可避免盲症全球行动,即视觉 2020 — 享有看见的权利;

关切地注意到,截至 2005 年 8 月只有 32%的目标国家起草了国家视觉 2020 计划;

承认贫穷与盲症之间有联系,而且盲症对家庭、社区和国家,尤其是发展中国家,造成沉重的经济负担;

进一步承认,通过广泛国际联盟的承诺实现了对盘尾丝虫病和沙眼的控制;

欢迎会员国在区域、分区域和国际各级开展的重要行动,以便通过加强国际合作和团结在消灭可避免的盲症方面取得重要进展,

1. 敦促会员国:

- (1) 加强努力以制定 WHA56.26 号决议中要求的国家视觉 2020 计划;
- (2) 通过调动本国资金供应,对视觉 2020 计划提供支持;
- (3) 在国家发展计划和目标中包括预防可避免的盲症和视力损害;
- (4) 推动把预防可避免的盲症和视力损害纳入初级卫生保健以及区域和国家级现有的卫生计划和规划;
- (5) 鼓励公立部门、非政府组织、私立部门、民间社会和社区之间在各级防盲规划和活动中的伙伴关系;
- (6) 发展和加强眼科保健服务并将其纳入现有各级卫生保健系统,包括卫生工作者在视力健康方面的培训和复训;
- (7) 在预防和治疗眼病方面促进和提供改进的卫生服务的获得;
- (8) 鼓励在预防和治疗盲症与视力损害领域国家间的融合、合作和相互支持;
- (9) 在卫生系统内提供眼科保健所需的基本药物和医疗用品;

2. 要求总干事:

- (1) 优先考虑预防可避免盲症和视力损害,并向会员国提供必要的技术支持;

- (2) 支持国家间合作以预防可避免的盲症和视力损害，特别在各类相关工作人员的培训方面；
- (3) 与国际伙伴合作，监测消灭可避免盲症全球行动的进展以及每隔三年向执行委员会汇报；
- (4) 确保将预防盲症和视力损害纳入世界卫生组织第十一个工作总规划的实施和监测中，并加强全球、区域和国家级预防盲症的活动；
- (5) 将预防盲症和视力损害问题纳入正在拟订的世界卫生组织 2008-2013 年中期战略计划和 2008-2009 年规划预算方案；
- (6) 通过区域、分区域和国际努力加强合作，以便实现本决议提出的目标。

(第九次全体会议，2006 年 5 月 27 日 — 甲委员会第六份报告)

WHA59.26 国际贸易和卫生

第五十九届世界卫生大会，

审议了关于国际贸易和卫生的报告¹；

忆及 WHA52.19、WHA53.14、WHA56.23、WHA56.27、WHA57.14 和 WHA57.19 号决议；

认识到国家、区域和全球各级对国际贸易和贸易协定对健康和卫生政策的可能影响的信息要求；

铭记有关各部，包括卫生、贸易、商业、财政和外交等部委，必须开展建设性合作，以便确保贸易和卫生的利益得到适当平衡和协调，

1. 敦促会员国：

- (1) 在国家级促进多方利益攸关者对话以审议国际贸易和卫生之间的相互影响；
- (2) 必要时，采用政策、法律和规章处理在对话中确认的问题并利用潜在机遇，应对贸易和贸易协定可能对卫生产生的潜在挑战，酌情考虑利用其内在灵活性；

¹ 文件 A59/15。

- (3) 应用，或在必要时建立由财政、卫生和贸易等部委以及其它有关机构参加的协调机制以处理国际贸易的公共健康相关方面；
- (4) 为使国家贸易和卫生政策形成一致，在整个公立和私立部门内建立建设性互动关系；
- (5) 继续在国家级发展能力以跟踪和分析贸易和贸易协定对卫生部门绩效和卫生结果的潜在机遇和挑战；

2. 要求总干事：

- (1) 应要求并在有关国际组织的合作下，支持会员国努力制定一致的政策，处理贸易与卫生之间的关系；
- (2) 对会员国的要求作出反应，以支持他们努力建设能力，了解国际贸易和贸易协定对卫生的影响并通过利用贸易和贸易协定可能对卫生产生的潜在机遇和应付其潜在挑战的政策和法规处理相关问题；
- (3) 在区域和全球级继续与有关国际组织合作，以便支持贸易和卫生部门之间政策的一致性，包括提出和分享关于贸易与卫生之间关系的证据；
- (4) 通过执行委员会向第六十一届世界卫生大会报告实施本决议方面取得的进展。

(第九次全体会议，2006年5月27日 — 甲委员会第六份报告)

WHA59.27 加强护理与助产服务

第五十九届世界卫生大会，

审议了关于加强护理与助产服务的进展报告¹；

确认《2006年世界卫生报告》中强调的卫生人力资源对于国家卫生系统有效运行的核心作用²；

确认护理与助产专业对卫生系统、他们所服务的人民的健康以及努力实现包括《千年宣言》所载列目标在内的国际商定的与卫生有关的发展目标和世卫组织重点规划的目标至关重要的贡献；

¹ 文件 A59/23。

² 《2006年世界卫生报告。通力合作，增进健康》。日内瓦，世界卫生组织，2006年。

忆及关于卫生工作人员国际移徙所提出的挑战的 WHA57.19 号决议；

确认“推力”和“拉力”因素在有关国家的影响；

关注在许多国家护士和助产士继续短缺及其对卫生保健的影响和更为广泛的影响；

铭记以往加强护理与助产服务的各项决议，包括 WHA42.27、WHA45.5、WHA49.1 和 WHA54.12 号决议，以及已制定的 2002-2008 年护理与助产服务的战略方向¹；

关注一些会员国尚未充分认识到护理与助产服务在其规划和实践中的贡献；

1. **敦促**会员国通过下列方面确认其对加强护理与助产服务的承诺，

(1) 为开发人力资源建立综合规划，以支持在其卫生服务内招聘和保持数量充足、多种技术均衡和技术熟练并有积极性的护理与助产人力，同时确保公平的地域分布；

(2) 使护士和助产士积极参与发展其卫生系统及各级制定、计划和实施卫生政策，包括确保所有适宜的政府各级具有护理与产科学的代表并产生实际影响；

(3) 确保继续朝着国家级实施世卫组织护理与助产服务战略方向进展；

(4) 定期审查涉及护理与助产工作的法规和管理程序，以便确保它们使护士和助产士能根据变化的条件和要求作出他们的最佳贡献；

(5) 为收集和利用护理与助产服务核心数据提供支持，作为国家卫生信息系统的一部分；

(6) 支持发展和实施合乎伦理地招聘国家与国际的护理和助产人员；

2. **要求**总干事：

(1) 确保护士和助产士参与卫生人力资源的综合计划工作，特别是在保持数量充足的有能力的护理与助产人员的战略方面；

¹ 护理与助产服务；2002-2008 年战略方向。日内瓦，世界卫生组织，2002 年。

- (2) 为全球护理和助产服务咨询小组的工作不断提供支持并在世卫组织的所有相关规划中招聘护士和助产士，确保护理与助产服务在制定和实施世卫组织的政策和规划方面的贡献；
- (3) 与地方和全球伙伴协作，向会员国提供支持，以加强应用合乎伦理的招聘指导方针；
- (4) 支持会员国充分利用护理与助产服务的贡献以实现国家卫生政策和国际商定的与卫生有关的发展目标，包括《千年宣言》所载列的目标；
- (5) 鼓励和支持会员国提供安全和支持保留护士和助产士的工作场所环境；
- (6) 于2008年和2010年向第六十一届和第六十三届世界卫生大会报告实施本决议方面取得的进展。

(第九次全体会议，2006年5月27日 — 甲委员会第六份报告)

决 定

WHA59(1) 证书委员会的组成

第五十九届世界卫生大会任命由下述 12 个会员国代表组成证书委员会：布隆迪、柬埔寨、塞浦路斯、朝鲜民主主义人民共和国、厄瓜多尔、爱沙尼亚、几内亚比绍、洪都拉斯、约旦、尼日利亚、巴基斯坦和波兰。

(第一次全体会议, 2006 年 5 月 22 日)

WHA59(2) 提名委员会的组成

第五十九届世界卫生大会选举下列会员国代表组成提名委员会：巴西、柬埔寨、加拿大、中国、哥伦比亚、哥斯达黎加、多米尼加共和国、法国、匈牙利、伊朗（伊斯兰共和国）、以色列、意大利、肯尼亚、阿拉伯利比亚民众国、毛里塔尼亚、尼泊尔、新西兰、俄罗斯联邦、圣多美和普林西比、塞拉利昂、苏丹、泰国、乌干达、赞比亚以及西班牙的 E. Salgado 女士（第五十八届世界卫生大会主席，当然代表）。

(第一次全体会议, 2006 年 5 月 22 日)

WHA59(3) 选举第五十九届世界卫生大会官员

第五十九届世界卫生大会在审议了提名委员会的建议后选举出下列官员：

主席： P.I. Garrido 教授（莫桑比克）

副主席： M. Soledad Barría 博士（智利）

A. A. Miguil 先生（吉布提）

E. Nicolaescu 先生（罗马尼亚）

S.F. Supari 博士（印度尼西亚）

Pehin Suyoi Osman（文莱达鲁萨兰国）

(第一次全体会议, 2006 年 5 月 22 日)

WHA59(4) 选举主要委员会官员

第五十九届世界卫生大会在审议了提名委员会的建议后选举出主要委员会的下列官员：

甲委员会： 主席 A. Ramadoss 博士（印度）

乙委员会： 主席 Ali Jaffer Mohammad 博士（阿曼）

（第一次全体会议，2006年5月22日）

随后，主要委员会选举出下列官员：

甲委员会： 副主席 K. Leppo 博士（芬兰）
P. Mazzetti Soler 博士（秘鲁）

报告员 A. Cissé 博士（几内亚）

乙委员会： 副主席 F. T. Duque III 博士（菲律宾）
V. Meriton 先生（塞舌尔）

报告员 B. Carey 女士（巴哈马）

（甲委员会和乙委员会第一次会议，2006年5月23和25日）

WHA59(5) 成立会务委员会

第五十九届世界卫生大会在审议了提名委员会的建议后选举出下列 17 个国家的代表为会务委员会成员：安哥拉、奥地利、巴巴多斯、中国、古巴、埃及、法国、加蓬、冈比亚、格鲁吉亚、新西兰、巴拿马、摩尔多瓦共和国、俄罗斯联邦、塞内加尔、多哥、美利坚合众国。

（第一次全体会议，2006年5月22日）

WHA59(6) 通过议程

第五十九届世界卫生大会通过了执行委员会在其第 117 届会议上拟定的临时议程，其中删去两个项目和两个分项目并增加一个补充项目。

(第二次全体会议，2006 年 5 月 22 日)

WHA59(7) 审核证书

第五十九届世界卫生大会承认下列会员国代表团的证书有效：阿富汗、阿尔巴尼亚、阿尔及利亚、安道尔、安哥拉、安提瓜和巴布达、阿根廷、亚美尼亚、澳大利亚、奥地利、阿塞拜疆、巴哈马、巴林、孟加拉国、巴巴多斯、白俄罗斯、比利时、伯利兹、贝宁、不丹、玻利维亚、波斯尼亚和黑塞哥维那、博茨瓦纳、巴西、文莱达鲁萨兰国、保加利亚、布基纳法索、布隆迪、柬埔寨、喀麦隆、加拿大、佛得角、中非共和国、乍得、智利、中国、哥伦比亚、科摩罗、刚果、库克群岛、哥斯达黎加、科特迪瓦、克罗地亚、古巴、塞浦路斯、捷克共和国、朝鲜民主主义人民共和国、刚果民主共和国、丹麦、吉布提、多米尼加共和国、厄瓜多尔、埃及、萨尔瓦多、赤道几内亚、厄立特里亚、爱沙尼亚、埃塞俄比亚、斐济、芬兰、法国、加蓬、冈比亚、格鲁吉亚、德国、加纳、希腊、格林纳达、危地马拉、几内亚、几内亚比绍、海地、洪都拉斯、匈牙利、冰岛、印度、印度尼西亚、伊朗（伊斯兰共和国）、伊拉克、爱尔兰、以色列、意大利、牙买加、日本、约旦、哈萨克斯坦、肯尼亚、基里巴斯、科威特、吉尔吉斯斯坦、老挝人民民主共和国、拉脱维亚、黎巴嫩、莱索托、利比里亚、阿拉伯利比亚民众国、立陶宛、卢森堡、马达加斯加、马拉维、马来西亚、马尔代夫、马里、马耳他、马绍尔群岛、毛里塔尼亚、毛里求斯、墨西哥、密克罗尼西亚（联邦）、摩纳哥、蒙古、摩洛哥、莫桑比克、缅甸、纳米比亚、瑙鲁、尼泊尔、荷兰、新西兰、尼加拉瓜、尼日尔、尼日利亚、挪威、阿曼、巴基斯坦、帕劳、巴拿马、巴布亚新几内亚、巴拉圭、秘鲁、菲律宾、波兰、葡萄牙、卡塔尔、大韩民国、摩尔多瓦共和国、罗马尼亚、俄罗斯联邦、卢旺达、圣基茨和尼维斯、圣文森特和格林纳丁斯、萨摩亚、圣马力诺、圣多美和普林西比、沙特阿拉伯、塞内加尔、塞尔维亚和黑山、塞舌尔、塞拉利昂、新加坡、斯洛伐克、斯洛文尼亚、所罗门群岛、南非、西班牙、斯里兰卡、苏丹、苏里南、斯威士兰、瑞典、瑞士、阿拉伯叙利亚共和国、塔吉克斯坦、泰国、前南斯拉夫的马其顿共和国、东帝汶、多哥、汤加、特立尼达和多巴哥、突尼斯、土耳其、土库曼斯坦、图瓦卢、乌干达、乌克兰、阿拉伯联合酋长国、大不列颠及北爱尔兰联合王国、坦桑尼亚联合共和国、美利坚合众国、乌拉圭、乌兹别克斯坦、瓦努阿图、委内瑞拉（玻利瓦尔共和国）、越南、也门、赞比亚、津巴布韦。

(第五次全体会议，2006 年 5 月 24 日)

WHA59(8) 选举有权指派一人供职于执行委员会的会员国

第五十九届世界卫生大会在审议了提名委员会的建议后¹选举出下列国家为有权指派一人供职于执行委员会的会员国：阿富汗、中国、丹麦、吉布提、萨尔瓦多、拉脱维亚、马里、新加坡、斯洛文尼亚、斯里兰卡、土耳其和美利坚合众国。

(第八次全体会议, 2006年5月26日)

WHA59(9) 联合国合办工作人员养恤基金：任命参加世卫组织工作人员养恤金委员会的代表

第五十九届世界卫生大会任命阿曼代表团 A.J. Mohammad 博士为世卫组织工作人员养恤金委员会委员和冰岛代表团 D.A. Gunnarsson 先生为候补委员，他们的任期均为三年，到2009年5月届满。

(第九次全体会议, 2006年5月27日)

WHA59(10) 世卫组织在卫生研究中的作用和责任

第五十九届世界卫生大会决定将纳入会员国提出的修正案的题为“世卫组织在卫生研究中的作用和责任”的决议草案文本提交执行委员会第120届会议供进一步审议。

(第九次全体会议, 2006年5月27日)

WHA59(11) 全球化世界中的健康促进

第五十九届世界卫生大会决定将纳入会员国提出的修正案的题为“全球化世界中的健康促进”的决议草案文本提交执行委员会第120届会议供进一步审议。

(第九次全体会议, 2006年5月27日)

WHA59(12) 根除天花：销毁储存的天花病毒

第五十九届世界卫生大会决定根据甲委员会一个工作小组的建议将题为“根除天花：销毁储存的天花病毒”的决议草案文本提交执行委员会第120届会议供进一步审议。

(第九次全体会议, 2006年5月27日)

¹ 文件 A59/46。

WHA59(13) 选择召开第六十届世界卫生大会的国家

第五十九届世界卫生大会根据《组织法》第十四条决定第六十届世界卫生大会在瑞士召开。

(第九次全体会议, 2006年5月27日)

WHA59(14) 执行委员会关于其第116届和第117届会议的报告

第五十九届世界卫生大会在审查了执行委员会关于其第116届和第117届会议的报告¹后注意到这两份报告, 赞许执委会所开展的工作, 并对执委会在执行委托给它的任务时所表现的奉献精神表示赞赏。

(第十次全体会议, 2006年5月27日)

¹ 文件 A59/2。

附 件

附件 1

国际化学品管理战略方针¹

[A57/41, Annex – 2006 年 5 月 11 日]

1. 根据关于全球卫生合作伙伴参与拟定战略方针的 WHA56.22 号决议的要求，向卫生大会提交了已拟定的《国际化学品管理战略方针》供审议。该战略方针是由国际化学品管理大会（阿拉伯联合酋长国迪拜，2006 年 2 月 4-6 日）拟定完毕和通过的，其与会者包括 151 个国家政府、联合国系统 9 个组织、8 个政府间组织和 47 个非政府组织的代表。大会提请各相关政府间组织的理事机构注意到该战略方针。联合国环境规划署理事会在其第九届特别会议（阿拉伯联合酋长国迪拜，2006 年 2 月 7-9 日）上通过了一项决定，对现已订立完毕的战略方针以及环境署在其实施工作方面将发挥的作用和开展的活动表示赞同。

战略方针概要

2. 《国际化学品管理战略方针》由 3 份核心文本组成，作为附录附后：《关于国际化学品管理的迪拜宣言》、《总体政策战略》和《全球行动计划》。在大会通过的决议中有关于实施工作安排、快速启动方案和政府间化学品安全论坛的决定。

3. 战略方针尤其旨在处理人们的关切，即化学品继续污染世界各地的环境，危及几百万人的健康和福利。它对更有效地评估和管理化学品这一确定的需要作出反应，以便实现《约翰内斯堡执行计划》²第 23 段中阐明的 2020 年化学品健全管理目标。战略方针的涵盖范围包括(a)化学品安全的环境、经济、社会、卫生和劳工诸层面和(b)农业和工业化学品，其目的是促进可持续发展并涵盖化学品（包括存在于产品内的化学品）存在周期的所有阶段。它不包括属于以下范畴内的产品：此类化学品和产品安全所涉健康和环境层面受本国国内的食物或药物主管部门所订立的相关规章条例或所做相关安排的制约。战略方针不是一份具有法律约束力的文书。《全球行动计划》包含各利益攸关者根据其适用性为实现《宣言》和《总体政策战略》中提出的承诺和目标而可能自愿开展的活动。

4. 化管大会将分别于 2009、2012、2015 和 2020 年再度举行续会，以便定期对战略方针的实施工作进展情况进行审查，并将由设在环境署的秘书处提供服务。支持实施和评

¹ 见 WHA59.15 号决议。

² 可持续发展问题世界首脑会议（南非约翰内斯堡，2002 年 9 月）通过。第 23 段的文本见附录 2，附文。

估进展的其它体制性安排将包括国家联络点、国家协调（建议部委间进程）、区域联络点、区域会议（酌情），以及在国际一级一个定期审查进程。此外，要求组织间化学品健全管理方案¹继续为政府间组织活动和工作方案行使协调职能。世卫组织目前为这一组织间方案担当行政管理机构。此外，决定今后大会的各届会议应视具体情况与有关政府间组织理事机构的会议衔接举行²。

5. 快速启动方案包括建立一项信托基金，其目标是支持在发展中国家、最不发达国家、小岛屿发展中国家和经济转型国家的初步能力建设和落实。大会邀请组织间化学品健全管理方案的7个参与组织和开发计划署的代表组建一个快速启动方案信托基金供资项目执行委员会，并决定建立快速启动方案执行董事会，由联合国各区域的2名政府代表以及所有双边和多边捐助者以及方案其它捐款者组成。

有利于卫生部门的主要结果

6. 关于战略方针的谈判有利于包括世卫组织在内的卫生部门的主要结果涉及列入卫生部门表达的以及第五十八届世界卫生大会提出的重点³（见下文）；确认战略方针为多部门性质；体制安排便利卫生部门的参与；确认卫生部门在实施工作中的重要作用；确认世卫组织在战略方针秘书处中关于卫生事项的领导作用；以及在信托基金执行委员会中包括世卫组织。关于秘书处，大会欢迎世卫组织可能提供一名专业类工作人员。

7. 卫生部门确认并在战略方针中得到充分反映的重点为：

- 改善能力以获取、解释和应用科学知识
- 填补在科学知识方面的差距
- 对化学品危险性评估阐明全球协调一致的方法
- 制定更好的办法以确定化学品对健康的影响，制定行动重点和监测实施战略方针方面的进展
- 建设国家能力以处理中毒和化学品事故
- 制定具体针对儿童和工人健康的战略

¹ 参与组织为国际劳工组织、粮农组织、世卫组织、联合国训练研究所、环境署、工发组织和经合组织；开发计划署和世界银行为观察员。

² 总体政策战略，第25段。

³ 见文件 WHA58/2005/REC/3，甲委员会第十一次会议摘要记录。

- 促进剧毒持久性化学品的代用品
- 制定旨在预防由化学品引起的健康不良和疾病的战略。

卫生部门可能的下一步工作

8. 下一步工作分为两个主要类别：以卫生为中心的実施和体制安排。卫生部门，包括世卫组织，在高度优先的卫生重点方面具有确认的工作记录。实施将注重于战略方针与卫生部门最密切相关的国家、区域和国际各级活动。大会鼓励各相关政府间组织的理事机构对战略方针表示赞同或以其它适宜方式予以认可，以便把战略方针的各项目标纳入其各自的工作方案，并就此事项向国际化学品管理大会作出汇报。就世卫组织而言，可在今后的工作规划中将战略方针考虑在内。此外，为工人健康制定战略的优先活动也属于国际劳工组织的职权，世卫组织与之有一项确定的合作联合规划。

9. 鉴于 WHA56.22 号决议要求总干事提交以卫生为重点的要点以便对战略方针的制定作出贡献，可为其实施作出类似安排。考虑到战略方针的体制安排，卫生部门在国家级的下一步工作将包括参与正在确定的国家和区域进程。应有一个国家联络点与战略方针秘书处正式联系，并且一些政府拟可从卫生部门提名此类联络点。无论如何，一个国家卫生联络点网络可帮助世卫组织酌情通过其区域办事处促进卫生部门的实施活动。

10. 为领导卫生事项在战略方针秘书处中包括世卫组织，将支持多部门措施和卫生部门参与，但是此类参与需要资源。世卫组织参加信托基金执行委员会使能在资助决定中对卫生方面的考虑给予应有的重视。

卫生大会的行动

11. [卫生大会在其 2006 年 5 月 27 日第九次全体会议上通过了 WHA59.15 号决议。]

附录 1

关于国际化学品管理的迪拜宣言

我们，各国部长、各国代表团团长和民间社会和私营部门的代表，于 2006 年 4 至 6 日在迪拜齐集于国际化学品管理大会，兹宣布如下：

1. 化学品的健全管理是实现可持续发展的必要条件，其中包括在处于所有各级发展水平的国家内根除贫困和疾病，改进人类健康和环境以及提高并保持生活水准；
2. 由于执行了《21 世纪议程》第十九章¹以及国际劳工组织关于《作业场所安全使用化学品的公约》(第 170 号)和《防止重大工业事故公约》(第 174 号)、《控制危险废物越境转移及其处置巴塞尔公约》，在国际化学品管理方面取得了重大的进展，并且由于《关于在国际贸易中对某些危险化学品和农药采用事先知情同意程序的鹿特丹公约》和《关于持久性有机污染物的斯德哥尔摩公约》的最近生效以及采用全球化学品统一分类和标签制度，在处理特别的危险化学品方面也取得了重大进展，但这些进展是不够充分的；
3. 私营部门已做出相当大的努力，通过产品管理和化学工业界负责任的经营方案等自愿方案和倡议来推动化学品安全；
4. 非政府公共卫生和环境组织、工会和其他民间社会组织也对推动化学品安全做出了重大贡献；
5. 然而，化学品管理在全球范围内并未取得充分的进展，世界各地的环境继续遭到空气、水和土地的污染，从而危及几百万人的健康和福利；
6. 国际一级范围广泛的化学品安全问题更使得有必要采取一致行动，这些问题包括发展中国家和经济转型国家缺乏管理化学品的能力，农业依赖农药，工人们接触有害化学品，人们关注化学品对人类健康和环境的长期影响；
7. 全球的化学品生产、贸易和使用有增无减，往往给发展中国家和经济转型国家，特别是其中最不发达国家和小岛屿发展中国家带来了越来越沉重的化学品管理的负担，使它们特别难以应付这种挑战。因此，需要对各国社会管理化学品的方式进行根本的变革；
8. 我们决心执行我们所参加的适用的化学品管理协定，加强这些协定的一致性和协同性，并致力于酌情弥补国际化学品政策框架范围内的现有差距；

¹ 《联合国环境和发展大会的报告，1992 年 6 月 3—14 日，里约热内卢》(联合国出版物销售品编号 E.93.I.8 和更正)，第一卷：大会通过的各项决议，第 1 号决议附件二。

9. 我们承诺本着团结和伙伴关系的精神，实现化学品安全的目标，从而协助解脱贫困，保护易受害群体并推动公共卫生和人类安全；
10. 我们承诺尊重人权和基本自由、理解和尊重生态系统完整并弥补当前现实和我们推动全球努力以实现化学品健全管理的雄心壮志之间的差距；
11. 我们坚定不移地承诺按照《21 世纪议程》和《约翰内斯堡执行计划》¹特别是其中第 23 段，推动在其整个存在周期内对化学品和危险废物实行健全管理。我们深信，国际化学品管理战略方针是对实现《千年宣言》所载的国际议定发展目标的重大贡献。这一战略方针依托以往的国际化学品安全倡议、并推动制定多部门和跨部门的参与性战略方针；
12. 为此，我们在这里通过《总体政策战略》——此项战略连同本宣言一并构成我们对战略方针及其执行工作的坚定承诺；
13. 我们建议采用和进一步制定《全球行动计划》，以满足当前和日益变化的社会需要，以此作为一种工具和指导文件来履行《关于环境与发展的里约宣言》、²《21 世纪议程》、《巴伊亚化学品安全宣言》、³《约翰内斯堡执行计划》、2005 年世界首脑会议成果⁴和战略方针中表明的对化学品管理的承诺；
14. 我们决心实现包括绿色化学工业在内的化学工业对改进生活水准、公共健康和保护环境的惠益，并决心继续其推动化学品安全生产和使用；
15. 我们承诺加强所有有关方面在所有各级健全管理化学品和危险废物的能力；
16. 我们将继续从公共和私营来源为化学品的周期管理筹集国际和国内资金；
17. 我们将致力于通过伙伴关系、技术支助和财政援助的方式满足发展中国家和经济转型国家的特殊需要并加强其健全管理化学品和开发比较安全的替代性产品和工艺的能力，从而弥补发达国家和发展中国家与经济转型国家之间的差距并设法缩小这两者之间在实现可持续化学品管理能力方面的差异；
18. 我们将努力通过推动所有社会阶层参与的透明度、公共参与和问责制的方式来对化学品管理进行切实和有效的管理，特别是争取妇女平等参与化学品管理工作；

¹ 《可持续发展问题世界首脑会议的报告，2002 年 8 月 26 日至 9 月 4 日，南非，约翰内斯堡》(联合国出版物销售品编号 E.03.II.A1 和更正)，第一章，第 2 号决议附件。

² 《联合国环境与发展大会的报告，1992 年 6 月 3—14 日，里约热内卢》，第一卷，大会通过的各项决议(联合国出版物，销售品编号 E.93.I.8 和更正)，第 1 号决议附件一。

³ 政府间化学品安全论坛第三届会议，论坛三最后报告(IFCS/ForumIII/23w)，附件六。

⁴ 2005 年 9 月 16 日大会第 60/1 号决议。

19. 我们将积极推动政府、私营部门和民间社会之间的伙伴关系，包括加强中小型企业 和非正规部门参与执行化管战略方针；
20. 我们强调工业界有责任向利益攸关者提供关于化学品对健康和环境的影响的数据和 资料，以便安全地使用工业界所生产的化学品和产品；
21. 我们将便利公众取得关于化学品整个存在周期的适当的资讯和知识，包括化学品对 人类健康和环境构成的危险方面的资讯和知识；
22. 我们将确保按照适用的法律保护机密的商业和工业资讯和知识，以推动创新地开发 新的和比较安全的替代性产品和工艺，但同时亦重申关于人类和环境的健康和安全的资 讯不应视为机密性资讯；
23. 我们确认有必要做出特殊的努力，以保护特别容易受害于危险化学品或高度接触化 学品的那些社会群体；
24. 我们决心保护儿童和未出生婴儿免受会损害其今后生命的化学品接触；
25. 我们将努力防止有毒、危险、禁用和严格限用化学品和化学产品及废物的非法交易；
26. 我们将努力推动将化学品和危险废物的健全管理作为国家、区域和国际政策框架内 的一个优先重点，包括可持续发展、发展援助和减贫的战略；
27. 我们将努力按照其各自理事机构赋予的任务把化管战略方针纳入所有联合国相关组 织、专门机构、基金和方案之中；
28. 我们确认，作为国际化学品管理领域里的一项新的自愿举措，化管战略方针并不 是一项具有法律约束力的文书；
29. 我们共同认为，执行工作和评估进展是确保取得成功的关键，而在此方面，一个稳 定和长期的充分参与性和多部门的指导、审查和业务支持的结构是一个必要的条件；
30. 我们决心以一种公开的、具有包容性的、参与式的和透明的方式充分合作执行此项 化管战略方针。

附录 2

总体政策战略

一. 导言

1. 本总体政策战略源自各方在《里约宣言》、《21 世纪议程》和《约翰内斯堡执行计划》的范畴内拟定的关于国际化学品管理战略方针的高级别宣言中所表明的各项承诺。此项战略的具体结构如下：

一. 导言

二. 范围

三. 需求说明

四. 目标

A. 减少风险

B. 知识与资讯

C. 政管

D. 能力建设与技术合作

E. 非法国际贩运问题

五. 财政考虑事项

六. 原则与办法

七. 实施工作和对进展情况评估

2. 鉴于此项战略方针是一个透明的和公开的实施进程、并由广大公众参与决策，同时特别注重增强妇女的作用，因此所有相关部门和利益攸关者，包括其在地方、全国、区域和全球各级的参与，正是实现这一战略方针所涉各项目标的关键所在。据认为，此项战略方针的主要利益攸关者囊括各国政府、各区域经济一体化组织、政府间组织、非政府组织、以及来自所有相关部门的、参与整个化学品存在周期管理工作的个人，同时亦包括、且不限于农业、环保、卫生、工业、各类相关的经济活动、为促进发展而开展的合作、劳工和科学等诸领域和部门。属于各不同群体的利益攸关者则包括广大消费者、化学品废物处置者、雇主、农民、生产商、条例制定者、研究人员、供应商、运输人员和工人。

二. 范围

3. 本战略方针的涵盖范围包括：

- (a) 化学品安全事项所涉及的环境、经济、社会、卫生和劳工诸层面，
- (b) 农业和工业化学品，其目的是促进可持续发展、并涵盖包括存在于产品内的化学品的化学品存在周期的所有阶段。¹

4. 本战略方针应适当考虑到迄今为止订立的各类文书和进程，并应灵活地处理新出现的问题，而不是做出重复努力，特别是不应重复那些负责处理化学品军事用途的论坛所做的相关工作。

三. 需求说明

5 驱使我们制定此项战略方针的主要动力是，各方认识到各国在安全管理化学品方面的能力之间的差距日趋加大，因此需要增进各项现行文书以及进程之间的协同增效；同时各方都紧迫地认识到需要更为有效地评估和管理化学品，从而实现《约翰内斯堡执行计划》第 23 段中所阐明的 2020 年目标。² 此外，还需要建立一个更为有效的体制管理结构，以期使本战略方针得以取得长久的成功。

6 自 1992 年在里约热内卢举行的联合国环境与发展会议上通过了《里约宣言》和《21 世纪议程》以来，各方已在改进化学品管理方面开展了许多工作：建立或增强了管制体系；提供了更多的化学品信息和资料、并在国家和国际两级对更多的信息和资料进行了评估；以及采用了一系列广泛的风险管理措施；同时还着手采用和进一步发展了诸如污染物排放登记簿等新型工具；缔结并制定了各项新的国际文书和方案；工业界也已制订并扩大了其推动对化学品实行更好管理的方案；同时目前许多国家都有积极和知情的公众利益宣传运动，旨在提高公众对化学品的意识和促进在此方面采取良好做法。然而，各方亦认识到：

- (a) 现行的国际化学品政策框架尚不能完全令人满意，需要进一步予以增强；
- (b) 各项既定国际政策的执行情况不平衡；
- (c) 尚未在各现有机构和进程之间完全取得连贯划一和协同增效，因此应进一步加以改进；
- (d) 目前常常缺少、甚或完全没有涉及许多正在使用的化学品的资讯，而且常常在获得现有资讯方面受到限制、甚或根本无法获得此种资讯；

¹ 《化管战略方针》的涵盖范围不包括属于以下范畴内的产品：此类化学品和产品所涉健康和环境层面受本国国内的食物或药物主管部门所订立的相关规章条例或所做相关安排的制约。

² 第 23 段的副本列于本附件的附录之中。

(e) 许多国家都缺乏在国家、分区域、区域和全球各级对化学品实行健全管理的能力；

(f) 许多国家目前缺乏用于解决化学品安全问题的资源，特别是缺乏用于缩小发达国家与发展中国家和经济转型国家之间日益扩大的差距的资源。

7. 风险减少(包括防止、减少、补救、尽量减少和消除风险)正是实现对化学品健全管理的一项至关重要的条件，在某些情况下亦包括对含有化学品的产品和物品的整个存在周期实行的管理。为此各方认识到：

(a) 风险评估和管理战略，辅之以从科学上增进对各种物质的作用和行为方式的了解、同时解决产品本身及其存在周期的做法，是实现各项风险减少目标的中心环节；

(b) 为减少或消除化学品及其不当使用所造成的有害影响，需要在采取各种得当的科学方法，并计及各种相关的社会和经济因素采取风险减少措施；

(c) 需要进一步改进各种风险减少措施，以期防止化学品对儿童、怀孕妇女、育龄人口、老年人、贫困者、工人和其他各弱势群体的健康、以及对易受影响的环境产生不利影响；

(d) 应进一步加速研制各种更为安全的替代品，包括引起各方关注的化学品的替代品、以及加速开发可负担得起的和可持续的技术；

(e) 发展中国家和经济转型国家需要更方便地获得可负担得起的和更安全的技术和替代品，从而推动减少危险化学品的非法贩运。

8. 知识、资讯、以及公众意识正是针对化学品、其中包括含有化学品的产品和物品实行健全管理作出决策的基本需要。为此各方认识到：

(a) 目前并非所有行动者都能获得相关的技术资讯、危害和风险评估结果、用以制定和采用以科学为基础的标准、协调划一的风险评估和管理原则的各种手段、以及社会—经济分析处理方法，而且在这些领域内的科学研究工作亦需进一步加速；

(b) 目前缺乏供当地民众方便使用的明确的、易于获得的、及时的和适宜的化学品方面的资讯。

9. 体制管理问题是一项重要议题，需要通过多重部门和多重利益相关者参与化学品健全管理工作的方式加以解决。因此我们需要认识到：

(a) 在许多国家中，某些利益攸关者、特别是妇女和土著人社区，仍然未参与涉及化学品健全管理的决策的所有层面，因此需努力解决这一问题；

(b) 目前各项现行的国际化学品健全管理体制的实施工作、其中包括具有约束力的文书和其他相关举措的实施工作，是不平衡的，亟需设法予以解决。在化学品管理活动方面存在着各种空白、重叠和重复之处，因此许多国家都需要在此方面增强连贯性、协调划一以及相互合作，以确保在国家、区域和国际各级高效率和更有效地使用现有资源。许多国家尚未批准或实施具有法律约束力的区域和全球性文书及其他相关举措、未努力填补在本国化学品管理体系中存在的各种空白、亦未建立本国对化学品活动进行协调的机制；

(c) 需要在某些国家中进一步改进用以解决化学品对人类健康、社会和环境产生的社会和经济影响的机制，其中包括责任、赔偿和补救诸方面的影响；

(d) 化学品议题仅偶尔在有关的国家政策文件中提及，包括在发展援助计划或战略、可持续的发展战略、以及在某些情形中在减贫战略中偶尔提及；

(e) 需要在执行本战略方针过程中努力推动公民社会各阶层以及私营部门所发挥的作用。

10. 与化学品健全管理所有层面有关的能力建设和技术援助是本战略方针得到成功执行的必不可少的要素之一：

(a) 应努力缩小发达国家与发展中国家和经济转型国家之间的日趋扩大的差距，以便在谋求实现《约翰内斯堡执行计划》第 23 段中所阐明的目标方面取得切实进展。然而，一些发达国家目前在致力于实现这一目标方面亦遇到了各种能力方面的问题；

(b) 需要为增强发展中国家和经济转型国家对化学品和危险废物实行健全管理的能力而增强各方之间的合作，并为此而推动向这些国家适足地转让更清洁和更安全的技术。

11. 有害物质和危险产品的非法国际贩运向许多国家、特别是向发展中国家和经济转型国家提出了一个紧迫的问题。

12. 许多国家、特别是发展中国家和经济转型国家在努力实现约翰内斯堡首脑会议所订立的 2020 年目标方面将遇到的挑战之一，是如何获得为实现化学品健全管理目标所需要的充足的财力和其他资源。

四. 目标

13. 本战略方针的总体目标是：在化学品的整个存在周期内对之实行健全的管理，以便最迟至 2020 年把化学品的使用和生产方式对人类健康和环境产生的重大不利影响降低

到最低限度。本目标将特别通过实施在《全球行动纲领》中所订立的各项具体活动予以实现。

A. 风险减少

14. 本战略方针在风险减少方面的目标如下：

- (a) 尽最大限度减少化学品在其整个存在周期内对人类健康构成的风险，包括其对工人以及对环境构成的风险；
- (b) 确保在作出关于化学品的决定时，顾及并努力保护那些特别脆弱或特别易与那些可能构成风险的化学品发生接触的人类群体、各类生态系统及其各不同组成部分；
- (c) 基于对健康与环境方面的影响的适宜的科学理解、以及根据旨在防止污染、减少或消除风险的适宜的社会和经济分析，实施透明的、全面的、高效率的和有效的风险管理战略，包括提供关于化学品安全的详尽资讯，以期防止与化学品发生不安全的和不必要的接触；
- (d) 确保最迟至 2020 年，
 - (一) 基于科学的风险评估结果、并计及更为安全的替代品所涉成本和效益及其可得性和实际功效，¹ 确保那些对人类健康和环境构成不合理的和无法加以管理的风险的化学品最迟至 2020 年时不再予以生产或用于这些用途，
 - (二) 基于科学的风险评估结果、并计及所涉及的具体成本和效益，尽最大限度降低那些因对人类健康和环境构成不合理的和无法加以管理的风险的化学品⁸ 的无意排放而构成的风险；
- (e) 适当地适用《关于环境与发展的里约宣言》中订立的原则 15，同时谋求使化学品的使用或生产方式能够最大限度地减少其对人类健康和环境产生的重大不利影响；
- (f) 优先考虑采取各种预防性措施，诸如预防污染的措施等；
- (g) 确保以各种适宜的机制为手段，充分处理现有的、新的和正在出现的全球性关注议题；

¹ 似可作为优先重点进行评估和开展相关研究的化学品群组包括：具有持久性、生物蓄积性和毒性的物质；持久性和生物蓄积性极高的物质；具有致癌性或诱变性或可特别对生殖系统、内分泌系统、免疫系统、神经系统产生不利影响的化学品；各种持久性有机污染物；汞以及在全球范围内引起关注的其他化学品；大规模生产或使用的化学品；用途极为广泛和普遍的化学品；以及在本国范围内引起关注的其他化学品。

- (h) 减少危险废物的生成，包括减少此类废物的数量及其毒性，并确保对之实行无害环境的管理，其中包括这些废物的存储、处理和处置；
- (i) 促进对各种危险材料和废物实行无害环境的回收和再循环处理；
- (j) 促进和支持开发和采用无害环境的、更为安全的替代品并在这些开发和采用过程中实行创新，其中包括采用更清洁的生产方式、在知情的前提下取代引起特别关注的化学品、以及不使用化学品的替代品。

B. 知识与资讯

15. 本战略方针在知识与资讯方面的目标如下：

- (a) 确保关于化学品和化学品管理的知识与资讯足以使各方在化学品的整个存在周期内对之进行充分的评估和以安全的方式加以管理；
- (b) 确保所有利益攸关者都能够：
 - (一) 掌握和获得关于化学品、以及酌情包括产品中所含有的化学品在其整个存在周期内情况的、易于客户使用的和充足的、而且切实符合所有利益相关者的具体需要的资讯。适宜的信息和资料类型包括所涉化学品对人类健康和环境产生的影响、其内在特性、潜在用途、以及所需采取的相应保护措施和适用的条例；
 - (二) 应充分利用特别是各种媒体以及危害情况通报机制，诸如全球化学品统一分类和标签制度、以及其他国际协定的相关条款等，并以适用的语文传播此种资讯；
- (c) 确保在依照第 15(b)段提供资讯时，应根据本国的相关法律或条例、或在未订立此种相关法律和条例的情况下应依照现行的有关国际条款对机密商业和工业资讯及知识实行保护。在本段范畴内，不应把涉及人类及环境健康和安全的化学品资讯视为机密性资料；
- (d) 提供客观的科学资讯，并以适当方式将之综合纳入与化学品政策有关的风险评估及相关决策之中，其中包括针对化学品危害及其对人类健康构成的风险的评估和决策，特别是针对诸如儿童等弱势群体以及对环境、特别是脆弱生态系统的形成的危害和构成的风险进行的评估；
- (e) 确保使所有行动者都能掌握和利用以科学为基础的标准、风险评估和管理程序、以及危害和风险评估的结果；
- (f) 提供客观的科学方法及相关的资讯，用以评估化学品对人类和环境所产生的影响，特别是应通过制定和使用各种指标的办法进行此种评估；

- (g) 加速旨在确定评估化学品对人类和环境产生的影响的科学研究步伐，包括研究各种新出现的课题的步伐，并确保针对化学品控制技术进行研制和开发工作、研制更安全的化学品、更清洁的技术、以及非化学替代品和技术；
- (h) 推动实施全球化学品统一分类和标签制度中所订立的各项相关通用定义和标准；
- (i) 广泛提供来自组织间化学品健全管理方案（化管方案）¹的各不同成员组织的一系列现行风险减少手段和其他手段，供各方考虑实施，诸如经济合作与发展组织（经合组织）的数据互认系统、以及国际化学品安全方案（化安方案）用于收集和存储从各政府间组织收集到的化学品安全方案资讯的数据库等，以便推动在化学品的管理、协调划一和共同攻关方面采取最佳做法；
- (j) 掌握和积累关于如果不能对那些引起全球关注的化学品实行健全的管理而将可能对可持续发展事业产生的、目前估计的和预计将会产生的财政和其他方面的影响的知识 and 资讯。

C. 政管

16. 本战略方针在政管方面的目标如下：

- (a) 通过视需要采取涉及多重部门的、综合的、有效的、高效率的、透明的、连贯的和具有包容性的、适宜的国家、区域和国际机制，在化学品的整个生命周期内对之实行健全管理，并计及各国、特别是发展中国家和经济转型国家的具体情况和需要，确保实行问责制；
- (b) 促进在每一相关部门内对化学品实行健全管理，并推动采用跨越所有部门的化学品健全管理综合方案；
- (c) 在确定化学品管理活动的优先重点方面向各利益相关者提供指导；
- (d) 增强执行和鼓励实施有关化学品管理方面的本国法律和条例，包括那些旨在推动各项国际协定的实施工作的法律和条例；
- (e) 促进按照相关的行为守则行事，包括那些与法人环境和社会职责相关的行为守则；
- (f) 推动在各不同国家的各有关机构、包括各国的海关官员之间开展密切合作，以推动相互交流旨在防止所有危险化学产品非法国际贩运的相关资讯；

¹ 组织间化学品健全管理方案的各参与组织包括：联合国粮食及农业组织(粮农组织)、国际劳工组织(劳国组织)、经济合作与发展组织(经合组织)、环境署、联合国工业发展组织(工发组织)、联合国训练和研究所(训研所)和世界卫生组织(卫生组织)。

- (g) 推动和支持公民社会所有阶层、特别是妇女、工人和土著人[社区]切实和积极参与与化学品安全有关的条例制定工作和其他决策进程；
- (h) 确保妇女平等参与化学品政策和管理工作的决策；
- (i) 确保本国体制框架能够解决防止化学品非法国际贩运问题；
- (j) 根据本战略方针的实施工作要求，支持在国际范围内开展协调划一的援助活动；
- (k) 促使贸易政策与环境政策取得相辅相成的效果；
- (l) 提供并支持建立有利于商业活动的框架，以开发和改进得以推动实现本战略方针的各项目标的产品；
- (m) 增强各国政府、各国际机构、各多边组织秘书处、以及各开发机构在为努力实现化学品健全管理目标而开展的活动之间的协同增效；
- (n) 增强各国政府、私营部门和民间社会在国家、区域和全球各级为健全管理化学品而开展的合作。

D. 能力建设与技术合作

17. 本战略方针在能力建设与技术合作方面的目标如下：

- (a) 视需要提高所有国家、特别是各发展中国家和经济转型国家在化学品整个存在周期内对之实行健全管理的能力；
- (b) 缩小发达国家与发展中国家和经济转型国家之间在能力方面日益扩大的差距；
- (c) 通过按照战略方针的规定订立援助方案，建立或加强促进技术合作的伙伴关系和机制，以及在发达国家与发展中国家与经济转型国家之间以及在发展中国家和经济转型国家之间提供合适的清洁技术支持和转让，最大限度地促进《巴厘技术支持和能力建设战略计划》的协同增效作用；
- (d) 在发展中国家和经济转型国家里制订和执行可持续能力建设战略，包括制订切实可行的培训方案，并为此促进发达国家与发展中国家和经济转型国家之间的合作；
- (e) 促进协调化学品健全管理的能力建设活动以及能力建设活动资讯的获得，并提高透明度和增强问责制的力度；

- (f) 把化学品健全管理能力建设作为一个优先事项列入社会和经济发展战略, 包括国家可持续发展战略、减贫战略文件和国家援助战略, 并把化学品列为国家政策的一个重要组成部分;
- (g) 鼓励各利益攸关者制订和推广其各自的化学品安全方案、以及科学研究和分析方案, 并协助发展中国家和经济转型国家实施相关的能力建设方案;
- (h) 鼓励和推动发展中国家和经济转型国家适当利用其他国家和国际组织业已在此方面开展的工作和业已建立的化学品管理模式;
- (i) 促进各捐助方、各多边组织、以及其他相关的行动者认识到化学品安全问题对于减贫工作和可持续发展事业所具有的相关性。

E. 非法国际贩运问题

18. 本战略方针关于防止非法国际贩运方面的目标如下:

- (a) 防止有毒、危险、禁用和严格限用化学品、包括含有这些化学品、混合物和化合物的产品, 以及废物的非法国际运输;
- (b) 加强各种机制和国内与区域一级的执行行动, 支持载有关于防止非法国际贩运条款的现行多边协定;
- (c) 推动发展中国家和经济转型国家在国家和区域一级防止和控制非法国际贩运方面的信息交流并加强其在此方面的能力。

五. 财政考虑事项

19. 《化管战略方针》应反映出国家、区域和全球各级对化学品实行健全管理而做出的努力, 同时亦确认《关于环境与发展的里约宣言》中的原则 7。此项战略方针应要求现有的和新的财政支持来源提供额外的资源, 并应除其他外在《巴厘技术支持和能力建设战略计划》的基础上加以扩展。《化管战略方针》还应规定调集额外的国家和国际财政资源, 其中包括通过“快速启动方案”以及本段中所列述的其他措施, 以加速增强实现《化管战略方针》所订各项目标的能力和实力。各发展中国家、最不发达国家、小岛屿发展中国家、以及经济转型国家实现 2020 年目标的进展程度部分地将取决于私营部门、双边、多边以及全球机构或捐助方能否为此提供财政资源。关于本战略方针的财政安排除其他外将包括:

(a) 为支持本战略方针各项目标而在国家或次国家一级采取的筹资行动包括:

- (一) 把化管方针的各项目标综合纳入各级有关的方案、计划或战略;

(二) 评估现行法律、政策和规章以确定可能为推动执行本战略方针各项目标而需要进行的修改，包括酌情评估筹资需要；

(三) 在国家和次国家一级评估并视必要通过适当的政策。这些政策包括经济手段，以便能够支付化学品健全管理的费用；

(四) 在国家和次国家一级酌情评估和通过旨在将化学品外部费用内部化的经济手段，同时应铭记这些工具在发展中国家和经济转型国家应特别仔细予以设计；

(五) 各国政府和其他利益攸关者交流有关国家采用经济手段方面的经验和研究的资料，并将这一资料提交给联合国环境规划署，以便在更广泛的范围提供这些资料；

(b) 加强工业伙伴关系并且加强财政和技术在实施本战略方针各项目标方面的参与，包括邀请工业界：

(一) 审查和加强目前为解决实施本战略方针各项目标相关的重大问题而发起的自愿性工业举措；

(二) 为实施《战略方针》各项目标发起包括与各基金会、学术界、非政府组织建立伙伴关系在内的各项新举措；

(三) 为实施本战略方针各项目标提供包括实物捐助在内的各项资源，继续在良好社团社会和环境责任基础之上开展各项举措并且在此基础上予以进一步发展；

(c) 把本战略方针各项目标综合纳入多边和双边发展援助合作，包括：

(一) 发展中国家和经济转型国家凡需要捐助者提供技术援助，应考虑把本战略方针各项目标纳入影响发展援助合作的有关国家文件之内；

(二) 应发展中国家和经济转型国家邀请作出反应或与发展中国家和经济转型国家以伙伴关系开展工作的捐助方应确认本战略方针各项目标是支持可持续发展双边援助机构合作的一个重要因素；

(三) 邀请各国际金融机构，联合国专门机构，基金会及各方案以及其他政府间机构酌情把本战略方针各项目标纳入其各项活动之内；

(d) 更加有效地利用全球有关筹资方面的现有资源并且在此基础上予以发展，包括邀请全球环境基金和蒙特利尔议定书及其多边基金在其职权范围之内确认可以支持实施适当和相关的《战略方针》各项目标的领域、并就此作出汇报；

(e) 为支持实施本战略方针各项目标初步能力建设活动方面建立一个自愿“快速启动方案”。这一方案应囊括一项自愿附有时限的信托基金，包括多边、双边和其他形式的合作。这项信托基金应由环境署负责对之进行行政管理：

(f) 邀请各国政府和其他利益相关者提供资源，以便使化管战略方针秘书处得以完成以上第 28 段内所阐明的各项任务，其中包括采取以下方式：

(一) 邀请环境署为支持这些任务调适和加强现有的自愿信托基金做出安排；

(二) 邀请所有国家及区域经济一体化组织对此作出捐助；

(三) 邀请私营部门包括工业、基金和其他非政府组织亦对此做出贡献。

六. 原则与办法

20. 在制定和实施《化管战略方针》及《全球行动计划》时，各国政府和其他利益攸关者应以下列各项原则和办法为指导行事：

(a) 以下各项文书中所阐明的原则和办法：

(一) 《斯德哥尔摩人类环境宣言》，特别是其中的第 22 项原则；

(二) 《关于环境与发展的里约宣言》；

(三) 《21 世纪议程》，特别是其中第 6、第 8、第 19 和第 20 章；

(四) 《联合国千年宣言》；

(五) 《关于化学品安全问题的巴伊亚宣言》；

(六) 《可持续发展问题世界首脑会议的执行计划》；

(b) 在下列协定对它们适用的情况下，依循这些协定行事：

(一) 《关于消耗臭氧层物质的蒙特利尔议定书》；

(二) 《控制危险废物越境转移及其处置巴塞尔公约》；

(三) 《关于在国际贸易中对某些危险化学品和农药采用事先知情同意程序的鹿特丹公约》；

(四) 《关于持久性有机污染物的斯德哥尔摩公约》；

(五)《劳工组织关于在工作场所使用化学品所涉安全问题的第 170 号公约》。

七. 实施工作和进展情况评估

21. 支持战略方针的实施和进展评估的体制性安排将包括国家协调,并酌情包括区域进程,而在国际一级则包括由秘书处协助的一个定期审查进程。

22. 执行战略方针首先应该展开一个酌情建立必要能力的赋能阶段,在各关利益攸关者的参与下制定一项国家化管战略方针的执行计划,同时酌情考虑到现有要素,例如立法、国家简介、行动计划、利益攸关者倡议以及目前存在的各种空白、优先事项、需求和具体情况。化管战略方针区域执行计划亦可酌情采用类似的方式制定。其后的执行阶段应着眼于执行具体的行动计划。与此同时,应鼓励政府间组织、国际金融机构和私营部门支持这些活动并考虑酌情制定其本身的行动计划。应争取在各利益攸关者之间结成伙伴关系,以支持执行工作。

23. 为了持久地执行综合化学品管理办法,各国政府应为在各部委之间或机构间执行战略方针做出安排,这样才能够代表所有有关的国家部门和利害攸关者的利益并涵盖所有有关的实质性领域。为了促进国家一级和国际一级的沟通,各国政府应指定一个战略方针国家协调中心,作为战略方针问题上的一个有效的沟通渠道,包括邀请出席会议和传播信息。战略方针国家协调中心应反映一国的任何部委间或机构间安排。

24. 国际化学品管理大会(以下简称为化管大会)将负责对本战略方针的实施工作情况进行定期审查。化管大会的各项职责包括:

- (a) 接收所有有关利益攸关者关于战略方针执行情况进展的报告、并酌情散发这些资料;
- (b) 评估战略方针的执行情况,以便对照 2020 年目标审查进展情况,并视情况作出战略决定,规划、优先考虑和修订本战略方针;
- (c) 就执行战略方针问题向利益攸关者提供指导;
- (d) 向有关利益攸关者报告战略方针实施工作的进展情况;
- (e) 推动执行现有的国际文书和方案;
- (f) 增强各项化学品管理文书之间国际一级的连贯一致性;
- (g) 推动加强各国的化学品管理能力;
- (h) 努力为执行工作确保必要的财政和技术资源;
- (i) 评估战略方针筹资工作的绩效;

(j) 集中注意并要求对新出现的政策问题采取适当的行动，并就合作行动的优先事项达成共识；

(k) 推动信息交流和科学技术合作；

(l) 为关于化学品管理问题的多方利益攸关者和多部门讨论和经验交流提供高级别国际论坛，并按照适用的议事规则邀请非政府组织参加该论坛；

(m) 推动所有利益攸关者参与执行战略方针。

25. 国际化学品管理大会的各届会议将视具体情况定期与有关政府间组织理事会的会议衔接举行，以便强化协同增效作用，加强战略方针的多部门性质和成本效益。国际化学品管理大会的届会应分别于 2009、2012、2015 和 2020 年举行，除非化管大会另有决定。

26. 至为重要的是，必须利用一种公开的、涉及多重利益攸关者和多重部门的办法，在化管大会各届会议之间继续切实执行本战略方针。要做到这一点，便应考虑到以下各项要素：

(a) 各次区域会议在制定战略方针过程中发挥了重要的作用，因此必须在此种承诺和专门知识的基础上扩大战果，同时考虑到发展中国家的具体需要，特别是最不发达国家的需要，以及经济转型国家和发达国家的需要。这些区域会议将推动就化管战略方针活动提供投入，筹备国际化学品管理大会今后各届会议、以及各区域之间进行专门知识交流和信息交流。至于国际化学品管理大会本身，在预算外资金允许的情况下，其各届会议可与有关的区域或全球性政府间组织会议衔接举行。

(b) 区域会议的职责将包括如下各项：

(一) 审查有关区域内执行战略方针的进展情况；

(二) 就执行问题向区域一级的所有利益攸关者提供指导；

(三) 为进行技术和战略讨论和信息交流创造条件；

(c) 本战略方针的执行将在很大程度上取决于有关政府间组织的活动。为了协助确保这些活动得到适当的协调，政府间化学品健全管理方案（化管方案）应继续为政府间组织活动和工作方案发挥协调作用。

27. 化管大会应设立一个负责按照其议事规则履行职责的主席团：

28. 将由秘书处负责履行的职责包括如下各项：

- (a) 为化管大会的各届会议和闭会期间工作、以及为各区域会议提供便利，并尽量争取有更多的多重利益攸关者参加，同时还负责分发其报告和建议；
- (b) 向化管大会汇报所有参加者执行本战略方针的情况；
- (c) 推动建立并保持国家和区域一级的战略方针利益攸关者网络，而对于政府间和非政府组织来说，则应建立和保持国际一级的此类网络；
- (d) 推动编制和散发指导材料，支持各利益攸关者执行本战略方针；
- (e) 向利益攸关者提供发起项目提案方面的指导；
- (f) 提供信息交流中心服务，例如向各国提供关于执行化管战略方针的咨询意见、把索取资料的请求转交有关方面、为取得资料和专门知识提供便利并为具体的国家行动提供支持；
- (g) 确保把化管大会提出的建议转交有关的全球和区域组织和机构；
- (h) 推动交流有关的科学技术资讯；
- (i) 建立并保持与化管方案各参与组织之间的工作关系，以期充分利用其部门性专门知识。

29. 将请环境署执行主任设立化管战略方针秘书处。将由环境署和世界卫生组织（卫生组织）在其各自的专门领域内共同发挥主导作用，并由环境署承担总体性行政职责。化管战略方针秘书处将与环境署负责化学品和废物事务的分类组合单位一并设于日内瓦的同一地点。以便充分利用各方之间的协同增效作用。为反映出化管战略方针的多重部门性质，化管战略方针秘书处将在化管战略方针的实施工作中与组织间化学品健全管理方案各参与组织、联合国开发署和世界银行、以及酌情与其他政府间组织进行协调和/或开展合作。化管战略方针秘书处将向化管大会负责。

总体政策战略的附文

《约翰内斯堡执行计划》第 23 段全文

《约翰内斯堡执行计划》是突出化管战略方针总体政策战略的一项关键政治承诺。在该计划中，各方商定：“各国政府、有关国际组织、私营部门和所有主要群体都应该在努力改变不可持续的消费形态和生产形态方面发挥积极作用。”这将包括该计划第 23 段提出的、应在所有各级采取的行动：

“23. 再次作出《21 世纪议程》所载的承诺，在化学品出厂到最后消费的过程中对其以及对有害废物进行健全的管理，以促进可持续发展，保护人类健康和环境，其

中力求确保在 2020 年，利用具有透明度的科学风险评估和科学风险管理程序，尽可能减少我们使用和生产的化学品对人类健康和环境产生严重的有害影响，同时铭记《关于环境与发展的里约宣言》原则 15 规定的预防方法，通过提供技术和财政援助，支持发展中国家加强健全管理化学品和有害废物的能力。这包括在各级采取行动，以：

“(a) 促进批准和执行关于化学品和危险废物的有关国际文书，其中包括《关于在国际贸易中对某些危险化学品和农药采用事先知情同意程序的鹿特丹公约》，以使其于 2003 年生效和《关于持久性有机污染物的斯德哥尔摩公约》，以使其于 2004 年生效，并鼓励和改进这些文书的执行以及支助发展中国家执行这些文书；

“(b) 根据政府间化学品安全论坛的《巴伊亚宣言》和《2000 年后行动优先事项》，于 2005 年进一步拟订国际化学品管理的战略办法，并敦促联合国环境规划署、化学品安全论坛、处理化学品管理问题的其他国际组织和其他有关国际组织和行动者酌情就此开展密切合作；

“(c) 鼓励各国尽快采用全球化学品统一分类和标签制度，以便在 2008 年全面实行这一制度；

“(d) 鼓励建立伙伴关系以促进以下列事项为目的的活动：加强对化学品的无害环境管理，执行多边环境协定，提高对化学品和危险废物相关问题的认识，以及鼓励更多地收集和利用科学资料；

“(e) 以符合有关国际文书、例如《控制危险废物越境转移及其处巴塞尔公约》所规定义务的方式，促进努力防止危险化学品和危险废物跨界运送和处置造成的这些化学品的非法国际贩运；

“(f) 鼓励建立关于化学品的连贯一致移登记册；的综合资料，例如通过建立全国污染物排放和转移登记；

“(g) 促进减少有害人体健康和环境的重金属构成的风险，具体做法包括审查有关研究结果，例如联合国环境规划署有关汞及其化合物的全球评估。”

附录 3

全球行动计划

执行摘要

导言

1. 《国际化学品管理战略方针全球行动计划》的编排结构系按各利益攸关者为实现《高级别宣言》和《总体政策战略》中提出的承诺和目标而可能展开的各工作领域和相关的自愿性活动。这些工作领域和活动重申了在可持续发展问题世界首脑会议《约翰内斯堡执行计划》中表明承诺，即在 2020 年之前尽量减少化学品的使用和生产对人类健康和环境造成的严重有害影响。¹ 应把该计划视为应酌情加以审查的一份指导文件，而所述各项活动则应在化管战略方针执行阶段由各利益攸关者按照其适用性酌情加以审议和执行。
2. 本执行摘要的目的是向决策者简要介绍该文件的编排方式并列举一系列为了实现战略方针的目标而可以展开的活动。在全球行动计划中，按照化管战略方针总体政策战略中所列的以下五类目标一并在一份列表中列出各工作领域及各项相关活动、指定行为者、目标和时限和进展指标：风险减少、知识与资讯、政管、能力建设和技术援助、以及非法国际贩运。为了执行摘要的目的，增加了一个“经过改进的一般做法”的标题，以便于列出涉及以上一个类别的跨部门措施。
3. 在本执行摘要之后列出了 3 份表格。表 A 列出了各项工作领域的概要清单和一些与之有关的可能活动的数量。表 B 按相对于以上第 2 段中所列 5 个目标类别的 5 个不同部分列出了各工作领域及与之相关的活动、所指定的行动者、目标和实践、以及进展情况指标。尽管概要列表中的每一主要单一类别项下列出了每一工作领域，但这些领域亦可能会在详尽的列 B 的若干目标下出现。关于拟议行动者，目标和时限、进展情况指标及实施方面的栏目没有经过充分的讨论，因此没有充分的时间取得一致。但利害攸关者可能会认为它们有助于展开有关活动。列举表 B 中采用的首字母缩略语和缩略语的一份表格也随附于后。
4. 与会者未能完成关于 SAICM/ICCM.1/4 号文件表 C 中所列一些活动的讨论，这些活动载于 <http://www.chem.unep.ch/saicm>。考虑到全球行动计划是协助实现《化管战略方针》各项目标的一种不断发展演变的工具，利益攸关者不妨今后讨论这些目标和其他项目。在国际化学品管理大会第一届和第二届会议之间的时间里，可以展开区域会议等活动。”
5. 各类目标及其相关的工作领域彼此密切相关。因此需要采取许多减少风险的行动来保护人类健康和环境免受化学品不健全管理的影响。广泛地改进我们关于化学品的知识与资讯、所有涉及化学品的部门的政管安排（包括体制协调，管制规章和公共政策）以

¹ 《可持续发展问题世界首脑会议，2002 年 8 月 26—9 月 4 日，南非，约翰内斯堡》（联合国出版物，出售品编号：E03.II.A.I 和更正）第一章，决议 2，附件。

及在化学品的整个存在周期内健全管理化学品方面的一般做法，可有助于大幅减少风险的行动。此外，支持发展中国家和经济转型国家行动的切实和及时的能力建设和技术援助是大幅改进减少不健全化学品管理对于人类健康和环境造成危险的关键所在。

6. 全球行动计划还可以作为全球、区域、国家和地方各级所有利益攸关者的指导，包括在评估其支持健全化学品管理的行动的现状和查明并弥补此类管理方面差距的优先事项。全球行动计划中强调指出，例如根据一国的化学品管理现状和执行某项措施的能力，各国之间的优先事项和时间范围会有所不同。预计各国政府和其他利益攸关者将采取灵活的方案，按照本国国情和化管战略方针的各项目标建立和保持充分和全面的化学品健全管理能力。

7. 从总体上看，应优先考虑下列诸方面的活动：

(a) 着眼于缩小发达国家和发展中国家与经济转型国家在健全管理化学品能力方面的差别；

(b) 推动执行各项现行协定和工作领域中规定的任务；

(c) 把重点放在现有协定和工作领域中目前尚未涉及的问题；

(d) 确保，最迟到 2020 年：

(一) 基于科学的风险评估结果、并计及所涉具体成本和效益、以及更为安全的代用品的可得性及其功效，不再生产或使用那些因对人类健康和环境¹构成不合理的和无法加以管理的风险的化学品或此类化学品用途；

(二) 基于科学的风险评估结果、并计及所涉具体成本和效益，尽最大限度减少来自那些因对人类健康和环境²构成不合理的和无法加以管理的风险的化学品的无意排放所构成的风险；

(e) 着眼于那些构成不合理的和无法加以管理的风险的化学品；

(f) 推动获得关于化学品对健康和环境的危险的充分的科学知识，并向所有利益攸关者提供。

¹ 似可作为优先重点进行评估和开展相关研究的化学品群组包括：具有持久性、生物蓄积性和毒性的物质；持久性和生物蓄积性极高的物质；具有致癌性或诱变性或可特别对生殖系统、内分泌系统、免疫系统、神经系统产生不利影响的化学品；各种持久性有机污染物；汞以及在全球范围内引起关注的其他化学品；大规模生产或使用的化学品；用途极为广泛和普遍的化学品；以及在本国范围内引起关注的其他化学品。

² 同上。

8. 对于许多工作领域来说，要取得最佳效益，就必须协调一致地展开工作。因此关键是所有利益攸关者共同针对全球优先事项采取适当的合作行动。这些行动包括：

- (a) 把化学品问题纳入更广泛的发展议程，例如与包括各弱势群体在内的利益攸关者进行磋商，制订计划，安排采取行动的优先次序；
- (b) 推动批准和执行关于健康、安全、职业卫生、以及安全与环境的各项现行国际公约；
- (c) 鼓励各方切实执行关于环境与健康和免遭化学品之害的各项现行国际公认标准、工具和办法，例如全球化学品统一分类和标签制度（全球统一制度）和污染物排放和转移登记簿（污排登记簿）等；
- (d) 推动减少引起全球关注的汞和其他化学品构成的风险，以便把这些风险降低到最低限度；
- (e) 鼓励减少危险废物的数量及其毒性；
- (f) 推动各方努力防止化学品和危险废物的非法贩运；
- (g) 推动在各区域和国家中心及其他利益攸关者之间加强协调，以设法从整个环节着手处理化学品和危险废物问题；
- (h) 推广替代品，以便减少和逐步淘汰剧毒农药；
- (i) 推动对所有利益攸关者在健全化学品管理方面开展能力建设、教育和培训以及资讯的交流；
- (j) 推动在所有相关行业发起自愿性工业举措，例如负责任的经营和产品指导等；
- (k) 推动逐步淘汰含铅汽油；
- (l) 推动对受到污染的地区进行补救。

A. 旨在支持风险减少的措施

9. 在风险减少类别项下，旨在保护人类健康和环境的各个工作领域囊括为解决某些特别弱势群体的优先关切制定行动计划。例如，保护妇女和儿童健康的措施包括尽量减少妊娠前、妊娠过程中、婴儿、儿童和青春期与化学品的接触。对工人的职业健康和安全的保护包括建立国家视察制度和适用适宜的职业卫生和安全标准，以尽量减少工作场所的化学品危害。似应作为优先重点进行评估和开展相关研究的化学品群组，诸如研制和使用安全有效的替代品等，包括：具有持久性、生物蓄积性和毒性的物质；持久性和

生物蓄积性极高的物质；具有致癌性或诱变性或可特别对生殖系统、内分泌系统、免疫系统、神经系统产生不利影响的化学品；各种持久性有机污染物；在全球范围内引起关注的汞和其他化学品；大规模生产或使用的化学品；用途极为广泛和普遍的化学品；以及在本国范围内引起关注的其他化学品。尽可能减少危险废物的措施包括制定国家规划和政策、提高认识和保护操作工人，以及受污染场地的确认和补救处理。防止污染的措施包括清除汽油中的含铅。同时亦应加强处理中毒和其他化学品事故的能力。

B. 增强知识与资讯领域

10. 增强知识与资讯领域的措施包括：改善针对在化学品存在周期内的任一阶段有可能接触毒性物质人员的教育、培训和提高认识工作，以及在考虑合法商业机密的前提下，编制并传播所有商业化学品危险性的资讯。增强这一领域的其他措施还可包括：加紧监测化学品对健康和环境的影响、协调风险评估，执行全球化学品统一分类和标签制度，以及编辑和出版国家污染物排放和转移情况登记簿等。

C. 政管工作：强化制度、法律和政策

11. 为实现本战略方针中关于政管方面的目标，所涉中心任务是评估各国在批准和执行现有处理化学品和危险废物国际协定的立法情况，包括《控制危险废物越境转移及处置巴塞尔公约》、《关于在国际贸易中对某些危险化学品和农药采用事先知情同意程序的鹿特丹公约》、《关于持久性有机污染物的斯德哥尔摩公约》，以及国际劳工组织保护工人的公约，以及在国家和国际层面改善关于化学品安全政策和活动的协调和协同效应的措施。另一核心领域是确保所有利益攸关者参与，特别是确保妇女参与对化学品存在周期的管理。把化学品管理纳入发展援助、可持续发展以及减贫计划的战略，对于更有效地加强化学品安全活动的资源非常重要。政管领域内的措施还包括发展化学品事故的备急和应急处理系统，审议有关保护区内化学品使用问题，提供关于因化学品的生产和使用而导致人类健康和环境受损的责任和赔偿制度方面的培训，以及防止和侦查非法贩运化学品和危险废物的活动。

D. 加强能力建设

12. 能力建设措施包括人员培训以提供必备的技能，支持在地区、国家和区域层面以统一的方式，在化学品安全需要的整个范围系统地执行化管战略方针，包括战略规划、风险评估和管理、检验、研究和控制非法贩运活动。将在能力建设方面利用信息交流机制以促进协调。

E. 打击非法国际贩运活动

13. 必须采取国家、区域和全球范围的行动，以防止和侦查化学品和危险废物的非法贩运，包括更有效地运用关于化学品和危险废物越境转移的国际公约。

F. 经改进的一般做法

14. 工作领域列表中囊括旨在改进一般化学品管理做法的各项活动，例如按照最佳可得技术和最佳环保做法制定和推动采用清洁生产方法。与此相同，将推广使用更好的农作方法，包括使用非化学替代品。提高各企业对实现安全生产和安全使用产品的社会和环境责任，其措施包括进一步制定和切实实行自愿性举措，例如各行业的负责任经营方案、以及联合国粮食及农业组织的《农药销售和使用国际行为守则》等。

附件 2

2006-2015 年预防和控制性传播感染全球战略草案¹

[A59/11, Annex — 2006 年 5 月 18 日]

目 录

	页号
1. 性传播感染：一个公共卫生问题	78
1.1 全球负担	78
1.2 为什么目前要投资于性传播感染的预防和控制？	80
1.3 加速应对的机会	82
2. 战略目标和范围	87
2.1 宗旨与目标	87
2.2 目标受众	88
2.3 指导原则	89
2.4 应对的主要内容	90
3. 技术策略：建立在性传播感染预防和控制成功的基础之上	91
3.1 性传播感染传播的动力学	91
3.2 性传播感染的预防与控制干预措施	92
3.3 改进政策和规划发展的信息	100
3.4 与其它规划和合作伙伴的结合	103
3.5 加强卫生系统能力建设，有效提供服务	110
3.6 立即行动的优先内容	118
4. 宣传策略：动员政治和社会领导层及财政资源	123
4.1 倡导	123
4.2 与媒体合作	125
4.3 建立有效的合作伙伴关系	125
4.4 动员财力资源	126

¹ 见 WHA59.19 号决议。

1. 性传播感染：一个公共卫生问题

1.1 全球负担

有 30 多种细菌、病毒和寄生虫病原体可以通过性接触传播。性传播感染最主要通过性接触传播，但也可以在妊娠和分娩过程中由母亲传给婴儿、通过血液制品或组织移植以及有时可以通过其它非性接触的方式传播。多年以来，性传播感染，包括可导致获得性免疫缺陷综合征（艾滋病）的人类免疫缺陷病毒（艾滋病毒）感染已被认为是重要的公共卫生问题。一些最常见的性传播病原体及其引起的疾病见表 1。

在 15-49 岁的男女人群中，全球每年估计会发生逾 3 亿 4 千万例可治愈的性传播感染新病例，主要是由梅毒螺旋体（梅毒）、淋病奈瑟菌、沙眼衣原体和阴道滴虫引起的感染。在南亚和东南亚地区病例数最多，其次是撒哈拉以南非洲地区和拉丁美洲及加勒比海地区。每年还会发生数百万病毒性的性传播感染，主要是艾滋病毒感染、生殖器单纯疱疹病毒感染、人类乳头瘤病毒和乙型肝炎病毒感染。从全球来看，所有这些感染成为了巨大的健康和经济负担，特别是在发展中国家，在健康不良导致的经济损失中占 17%。

- 在发展中国家，单纯疱疹病毒 2 型感染是生殖器溃疡性疾病的首要原因。撒哈拉以南非洲地区的资料表明，女性感染率为 30%至 80%和男性为 10%至 50%。在中美和南美的妇女中，感染率在 20%至 40%之间。在亚洲的发展中国家，一般人群的感染率为 10%至 30%。在美国，14-49 岁人群的病毒感染率为 19%。世界各地的女性血清阳性率都高于男性，并且随年龄上升。单纯疱疹病毒 2 型感染在艾滋病毒的传播中发挥着重要的作用。姆万扎（坦桑尼亚联合共和国）的一项研究表明，男性艾滋病毒感染的 74%和女性感染的 22%与单纯疱疹病毒 2 型有关。
- 人类乳头瘤病毒是另一个重要的性传播的病毒性病原体，每年导致约 50 万例宫颈癌和 24 万人死亡，主要在资源贫瘠的国家。
- 乙型肝炎病毒可以通过性传播和共用针具传播，也可以通过输血和母婴传播，导致每年大约有 3 亿 5 千万慢性肝炎和至少 1 百万例由于肝硬化和肝脏肿瘤而死亡的病例。预防乙型肝炎病毒感染并从而降低肝癌发病率的疫苗已经出现。

鉴于社会、人口和移民的趋势，性传播感染的危险人群将不断地明显增加。发展中国家的负担最高，而工业化国家也可能会由于非治愈性病毒感染的流行、性行为的变化以及增加旅行而出现疾病负担的上升。这些感染及其并发症所致的社会经济费用是巨大的。在许多发展中国家，性传播感染成为患者寻求医疗保健的前 10 位原因，显著地消耗国家的卫生资源和家庭收入。针对宫颈癌的筛查和治疗、肝病的处理、不育的调

表 1

主要性传播感染病原体及其引起的疾病

病原体	临床表现和其它相关疾病
细菌性感染	
淋病奈瑟菌	淋病 男性: 尿道分泌物 (尿道炎)、附睾炎、睾丸炎、不育 女性: 宫颈炎、子宫内膜炎、输卵管炎、盆腔炎症性疾病、不育、羊膜早破、肝周炎 男女两性: 直肠炎、咽炎、播散性淋球菌感染 新生儿: 结膜炎、角膜疤痕和失明
沙眼衣原体	衣原体感染 男性: 尿道分泌物 (尿道炎)、附睾炎、睾丸炎、不育 女性: 宫颈炎、子宫内膜炎、输卵管炎、盆腔炎症性疾病、不育、羊膜早破、肝周炎; 通常无症状 男女两性: 直肠炎、咽炎、Reiter 综合征 新生儿: 结膜炎、肺炎
沙眼衣原体 (L1-L3 株)	性病性淋病肉芽肿 男女两性: 溃疡、腹股沟肿胀 (横痃)、直肠炎
苍白螺旋体	梅毒 男女两性: 一期溃疡 (下疳) 伴局部淋巴结肿大、皮疹、扁平湿疣、骨、心血管和神经系统损害 女性: 妊娠失败 (流产、死胎)、早产 新生儿: 死胎、先天梅毒
杜克雷嗜血杆菌	软下疳 男女两性: 疼痛性生殖器溃疡; 可能伴有横痃
克雷伯氏菌属 (肉芽肿荚膜杆菌)	腹股沟肉芽肿 (杜诺凡病) 男女两性: 腹股沟及肛门生殖器部位的结节性肿胀和溃疡性损害
生殖支原体	男性: 尿道分泌物 (非淋球菌性尿道炎) 女性: 细菌性阴道病、可能有盆腔炎症性疾病
解脲脲原体	男性: 尿道分泌物 (非淋球菌性尿道炎) 女性: 细菌性阴道病、可能有盆腔炎症性疾病
病毒性感染	
人类免疫缺陷病毒	获得性免疫缺陷综合征 (艾滋病) 男女两性: 艾滋病毒相关性疾病、艾滋病
单纯疱疹病毒 2 型	生殖器疱疹
单纯疱疹病毒 1 型 (较少见)	男女两性: 肛门生殖器水疱性损害和溃疡 新生儿: 新生儿疱疹 (往往是致死性的)
人类乳头瘤病毒	生殖器疣 男性: 阴茎和肛门疣; 阴茎癌 女性: 外阴、肛门和宫颈疣、宫颈癌、外阴癌、肛门癌 新生儿: 喉部乳头瘤
乙型肝炎病毒	病毒性肝炎 男女两性: 急性肝炎、肝硬化、肝癌
巨细胞病毒	巨细胞病毒感染 男女两性: 亚临床或非特异性发热、弥漫性淋巴结肿大、肝病等
传染性软疣病毒	传染性软疣 男女两性: 生殖器或泛发的脐状坚硬的皮肤结节
卡波希氏肉瘤相关疱疹病毒 (人类疱疹病毒 8 型)	卡波希氏肉瘤 男女两性: 在免疫抑制者中出现的侵蚀性肿瘤
原虫感染	
阴道毛滴虫	滴虫病 男性: 尿道分泌物 (非淋球菌性尿道炎); 常无症状 女性: 具有大量呈泡沫状分泌物的阴道病; 早产、出生低体重新生儿 新生儿: 出生低体重儿
真菌感染	
白色念珠菌	念珠菌病 男性: 阴茎龟头浅部感染 女性: 伴有粘稠、凝乳样阴道分泌物、外阴瘙痒或灼痛的外阴阴道炎
寄生昆虫侵袭	
阴虱	阴虱
疥螨	疥疮

查、围产期疾病保健、儿童失明、儿童肺病和女性慢性盆腔炎所开展的后遗症保健在三级卫生保健中占很大的部分。社会代价包括性伴之间的冲突和家庭暴力。如果将其它性传播感染在艾滋病毒传播中的协同因素效应考虑进去，这种费用将会进一步上升¹。

1.2 为什么目前要投资于性传播感染的预防和控制？

1.2.1 减少相关的发病率和死亡率

除艾滋病毒之外的其它性传播病原体感染直接通过对生活质量、生殖健康和儿童健康的影响并间接地通过在便利艾滋病毒性传播方面的作用以及在经济上对国家和个人的影响，在资源有限的国家和发达国家都造成巨大的发病率和死亡率负担。

健康后果从轻微的急性不适到引起疼痛并毁损外貌的损伤及心理疾病，范围很广泛。例如，感染淋病奈瑟菌会造成男人排尿疼痛，并造成妇女急性或慢性下腹部疼痛。感染梅毒螺旋体虽然在早期无疼痛感，但如不进行治疗，可在以后造成神经、心血管和骨骼疾病，而且急性感染可使孕妇流产。软下疳可引起使人丧失能力的疼痛溃疡，如延缓治疗数天以上，可造成广泛的组织破坏，尤其是对免疫能力受损者。由于其反复性和疼痛性，感染生殖器疱疹可引起巨大的性心理痛苦，尤其是在青年人中。

此外，对个人和整个国家造成大规模的经济负担和生产损失。相关的费用包括用于医疗和非医疗方面防治与材料的直接费用以及当个人不能从事生产活动时（在就诊途中，在卫生设施候诊以及进行标本采集等程序时）生病所耗时间的间接费用。除感染艾滋病毒之外的其它性传播病原体的全球负担规模之大，使这些疾病应当单独作为一个公共卫生问题予以控制。

1.2.2 预防艾滋病毒感染

预防和治疗其它性传播感染可减少艾滋病毒性传播的危险，尤其是在性工作者及其客户等很可能有许多性伴的人群中。在感染者与未感染的性伴之间进行无保护的性接触期间，未治疗的炎症性或溃疡性性传播疾病的存在可以增加艾滋病毒传播的危险。其它此类感染对艾滋病毒传播的协同因素效应似乎在溃疡病中更高：目前的证据表明，大部分艾滋病毒的新感染与生殖器疱疹有关，并且单纯疱疹病毒 2 型感染的抑制治疗可减少妇女生殖道脱落物中的艾滋病毒。估计生殖器溃疡或此类疾病史可以在每次无保护性的性接触中使艾滋病毒传播的危险性增加 50-300 倍。

¹ 虽然艾滋病毒有其它的传播方式，但是就全球而言，其主要传播方式为性传播，使之成为一种性传播感染。多年来，许多流行病学和生物学研究已提供证据表明，如果患有其它性传播感染，这些感染作为获得艾滋病毒或艾滋病毒传播的协同因素，导致常见陈述“性传播感染便利艾滋病毒的传播”。这可给人以艾滋病毒本身不是一种性传播感染的印象。在本文件中，无论什么时候使用这一短语，即“性传播感染便利艾滋病毒的传播”，应将其理解为这是一些除艾滋病毒之外的其它性传播感染。在需要进一步澄清的地方，使用了“其它性传播感染”或“除艾滋病毒之外的其它性传播感染”等短语。一般而言，预防艾滋病毒传播的战略和干预措施也同样对其它性传播感染起作用。

提供性传播感染医疗保健的服务是艾滋病毒预防的关键切入点之一。为性传播感染求医的患者是开展艾滋病毒预防性咨询和自愿保密检测的重要目标人群，他们可能需要艾滋病毒和艾滋病的保健服务。为性传播感染到卫生诊所求医的患者可能同时患有早期艾滋病毒感染，并且他们通常具有艾滋病毒高病毒载量。在马拉维，患淋球菌性尿道炎的男性，其精液中的艾滋病毒排毒量上升 6 倍。尿道炎治疗后，精液中的病毒载量下降到与没有尿道炎的艾滋病毒男性感染者相同的水平。美国最近在 52 例艾滋病毒感染的二期梅毒（其中 58% 接受抗逆转录病毒治疗）患者中开展的一项研究表明，梅毒与血浆病毒载量显著增高及 CD4⁺ 细胞计数显著下降有关。梅毒治疗后使得免疫力恢复到感染前的水平，这种结果强调了在艾滋病毒感染者中预防和及时治疗梅毒的重要性，不仅可以作为一种预防策略，而且还会改善艾滋病毒感染者的保健质量。在这一人群中提供有效的预防信息，对其它性传播感染加以治疗和促进安全套的使用则会对艾滋病毒传播产生明显的影响。

千年发展目标 6 具体目标 7 要求各国到 2015 年遏制并开始扭转艾滋病毒/艾滋病的蔓延。在坦桑尼亚联合共和国，使用非常科学的方法证明了治疗性传播感染可以非常经济有效地控制艾滋病毒的性传播：在姆万扎的社区干预试验中，对此类感染改进的病征处理使艾滋病毒发病率降低了 38%。试验的结果可以推广到其他的人群，在这些人群中艾滋病毒是呈现集中流行且绝大多数艾滋病毒感染来自于临时性伴，以及可治愈性传播感染的患病率高。因此，治疗性传播感染是可行且有成本效益的干预之一，有助于实现具体目标 7。

1.2.3 预防女性中的严重并发症

性传播感染尤其在妇女中是不育症最常见的可预防性原因。在衣原体感染后未接受治疗的女性中，10% 至 40% 会发展为有症状的盆腔炎症性疾病。感染后的输卵管损害与 30% 至 40% 的女性不育有关。再者，有盆腔炎症性疾病的女性异位（输卵管）妊娠发生率比无盆腔炎症性疾病者高 6 至 10 倍，40% 至 50% 的异位妊娠可以归因于既往盆腔炎症性疾病。

千年发展目标 5 具体目标 6 试图到 2015 年底将产妇死亡率降低四分之三。盆腔炎症性疾病的预防将可以通过避免由于异位妊娠所导致的死亡而对该目标的实现做出贡献。人类乳头瘤病毒的预防可以减少女性由于宫颈癌，即女性中继乳房癌之后第二最常见的肿瘤死亡的人数。

1.2.4 预防不良妊娠结局

未治疗的性传播感染与新生儿的先天感染和围产期感染有关，特别是感染率仍很高的地区。

在患有未治疗的早期梅毒的孕妇中，妊娠中的 25%会发生死胎和 14%发生新生儿死亡—总的围产期死亡率大约为 40%。例如，非洲孕妇的梅毒患病率为 4%至 15%。在淋球菌感染未得到治疗的孕妇中，将近 35%发生自发性流产和早产，将近 10%发生围产期死亡。在没有预防的情况下，母亲患有未治疗的淋病所生的婴儿中有 30%至 50%、母亲患有未治疗的衣原体感染所生的婴儿中有将近 30%会发生新生儿眼炎，其可导致失明；全世界每年有 1000 至 4000 例新生儿由于此病而失明。

仅仅在非洲地区，普遍使用有效的预防措施来预防先天梅毒可每年避免大约 49 万 2 千例死胎和围产期死亡。从费用-效果角度看，在姆万扎（坦桑尼亚联合共和国），孕妇中活动性梅毒患病率为 8%，干预的费用估计为筛查一名妇女的花费为 1.44 美元、治疗一例妇女的花费为 20 美元，以及减少一个伤残调整生命年的花费为 10.56 美元。所有梅毒筛查研究结果表明，挽救一个伤残调整生命年所需的费用在 4 到 19 美元之间。

1.3 加速应对的机会

1.3.1 艾滋病毒预防的一项经济有效干预措施

改善性传播感染的病例处理被科学证明是在一般人群中降低艾滋病毒感染发病率的干预措施之一。如果该干预措施是针对具有高传播性可能的特定人群，那么将会有更加明显的费用效果。

1.3.2 新的伙伴关系

全球继续决心控制艾滋病流行，这包括承诺将控制性传播感染视为一级预防策略。联合国关于艾滋病毒/艾滋病问题的承诺宣言（2001 年 6 月）指出，医疗服务、支持和治疗是有效应对的基本要素，预防必须是艾滋病大流行应对措施中的支柱，包括早期、有效地治疗性传播感染。在国际发展舞台上已出现新的合作伙伴和资金来源。这些包括强有力的倡导者、有影响的网络、社区、非卫生部门合作伙伴、商业部门和慈善组织。可通过这些新的以及现有的资金来源筹集资金，以确保对所有性传播感染强化应对¹。

一系列不同干预措施，以及资源有限的不同环境（如泰国和乌干达）和其它国家（如丹麦、瑞典和大不列颠及北爱尔兰联合王国）的成功结果都表明，如果具备足够的政治愿望和广泛调动资源以开展并维持必要水平的活动，那么性传播感染是可以得到控制的。国家之间的合作以及与感兴趣机构的伙伴关系可促进共享信息和推广成功的经验。

¹可利用的一些机制包括抗艾滋病、结核和疟疾全球基金（在国家级）、扩大获得抗逆转录病毒药物的战略和行动，美国总统艾滋病紧急援助计划（5 年内为抗击艾滋病毒/艾滋病大流行提供 150 亿美元（包括新供资 90 美元），重点为 15 个受影响最严重国家）以及世界银行多部门艾滋病毒/艾滋病和性传播感染预防项目。

预防艾滋病毒的母婴传播的干预措施能够与先天梅毒的预防工作相结合，避免出现婴儿虽然预防了艾滋病毒但死于梅毒的悲剧，正如海地的情况一样。此外，这种结合增强了干预的成本效益。

1.3.3 加强应对的新技术

在诊断、治疗、疫苗和屏障方法方面的技术进展将为性传播感染预防、治疗和监测的创新方法提供机会。

快速诊断试验

- 新的现场快速梅毒螺旋体试验使得基层卫生站能够进行梅毒筛查，从而及时提供治疗。
- 核酸扩增检测方法能够用来监控感染趋势和指导治疗方案的调整。某些试验可以采用容易采集的标本，如尿液和自己采集的阴道拭子。
- 新一代用于衣原体感染的价廉、快速诊断试验正在开发中。

治疗

- 部分药物已经在经济上具有更加可承受性，例如环丙沙星（在治疗有效的地方）以及阿昔洛韦。此外，诸如阿奇霉素、头孢克肟这些具有单剂量治疗优势的药物将随着它们的专利到期，以及采取集团购买的方式而使得价格更加便宜。青霉素对早期梅毒的治疗仍然有效，虽然需要注射给药，但可以单剂量治疗。

疫苗

- 针对致癌性人类乳头瘤病毒的预防性疫苗显示出了巨大的前景，很快将可提供。国际社会应与国家共同努力，为在国家免疫规划中实施和促进其使用计划和制定策略，以确保高覆盖率，尤其在青少年中，从而在人们成为性活跃之前保护他们。
- 目前还没有针对单纯疱疹病毒 2 型感染的有效疫苗，但有一种疫苗在既往无 1 型或 2 型病毒暴露的女性中已经显示出前景。需要进行更多的现场试验以评估其在不同流行病学情况下的应用。鉴于单纯疱疹病毒 2 型感染的高患病率及其在增进艾滋病毒传播方面的重要性，一种在年轻时预防单纯疱疹病毒 2 型传播

的疫苗提供了最令人信服的希望。国际社会、科学家、供资机构和政府应联合起来，计划并朝着针对单纯疱疹病毒 2 型感染开发有效疫苗迅速进展。

- 自 1982 年以来已可获得针对乙型肝炎病毒的预防性疫苗，国家应制定预防乙型肝炎的计划并推广将现有疫苗纳入计划免疫规划，以确保各国所有儿童获得免疫接种，并且乙型肝炎病毒感染高危的所有性活跃的成人能获得这种疫苗。

1.3.4 预防和控制性传播感染的公共卫生方法

有效的预防和医疗可以通过综合的应对措施加以实现。应该扩展为性传播感染患者提供的预防和医疗服务，使之成为公共卫生一揽子服务，包括如下内容：

- 安全性行为的促进
- 早期求医行为的促进
- 开展预防和医疗活动，跨越所有初级卫生保健规划，其中包括性和生殖健康及艾滋病毒规划。性传播感染、艾滋病毒和结核控制的成功和经济有效的一体化规划已经在许多国家中得到证明。医疗服务往往是由初级卫生中心层次上已经在提供初级卫生保健的相同的人员提供。这样的方法既能够吸引患者又能够节省患者和卫生系统的开支。
- 性传播感染病例管理的综合方法包括：
 - 确定性传播感染的病征；
 - 对病征进行合适的抗菌药物治疗；
 - 避免感染性传播病原体（包括艾滋病毒）危险的教育与咨询；
 - 促进安全套的正确和一贯使用；
 - 性伴通知（详见 3.2.3 节）。

干预方法和策略应该尽可能建立在循证的基础上。然而，通过创新性干预措施的实施和仔细地评估，可以为影响政策、规划和推广工作收集新的证据。因此，重要的是应用以下概念：计划、实施、评估，以及（如果成功的话）进行推广。这一过程中的创新性方法包括：

- 阶段性的推断性治疗：在合适的环境针对特定人群时，这项短期策略已经显示出能够控制某些性传播感染
- 感染控制用品的社会营销：对用于治疗 and 预防的预先包装好的药物或安全套（与其正确和一贯使用方面的培训一起）采取社会营销已经在某些地区提高了性传播感染防治的可及性
- 为青少年提供方便服务：经验显示如何使服务更能满足青少年的需要并更容易被他们接受 — 国家应利用这一知识和经验，增加适当修改的干预以适应各个国家或环境并普及到尽可能多的有需要的青少年
- 男性参与和动员以及针对男性的服务：针对男性的试点项目已经取得成功；获得的经验应与当地的情况相适合，并应相应增加活动
- 第二代艾滋病毒监测还涵盖行为和性传播感染：这样的做法将可以针对控制所有性传播感染的合适干预措施为规划提供信息。

1.3.5 促进高危行为人群和一般人群使用安全套

有足够的证据表明，在正确和一贯使用时，安全套在预防男性和女性的艾滋病毒传播方面是有效的。安全套还可减低男性从性伴身上感染淋病的危险。坚持正确和一贯使用安全套不仅与减低艾滋病毒传播及减少男性尿道感染有关，而且还与减少获得下列方面有关：

- 男性和女性生殖器单纯疱疹病毒 2 型感染；
- 男性和女性梅毒；
- 男性和女性衣原体感染；
- 女性淋菌感染；
- 可能女性阴道滴虫感染。

使用安全套还导致加快宫颈和阴茎部位人类乳头瘤病毒(HPV)相关损害的消退，以及在女性中加快生殖道 HPV 感染的消除。

基于这一事实，在一般人群和高危人群中评估艾滋病毒及其它性传播感染比率的严重程度是重要的。在一般人群和高危人群中这些比率都高的国家，必须作为一揽子措施

向人群提供更安全性行为策略。此类策略包括促进正确使用男性和女性安全套及其分发、禁欲、延迟首次性行为 and 减少性伴数。在感染集中流行于高危人群的环境中，应该首先考虑目标人群的干预，但并不排除对一般人群的教育及其它预防和医疗服务。

1.3.6 为控制性传播感染提供服务的障碍

尽管在艾滋病毒的传播上性传播感染具有作为协同因素的重要性，以及在全球范围内性传播感染是人群发病率和死亡率的直接因素，但在过去的 5 年中，对除艾滋病毒之外的其它性传播感染预防和控制的兴趣和资源都有所下降。宣传和支持工作的重点为逆转录病毒治疗和艾滋病毒的检测和咨询政策。

尽管有联合国国际人口与发展会议（开罗，1994 年）的行动纲领和第四届世界妇女大会（北京，1995 年）的结果，但是性和生殖健康倡导者对将性传播感染（包括艾滋病毒）的预防和医疗活动纳入其工作的热情并不高涨。将这些活动纳入性和生殖卫生规划以扩大覆盖面已经证明要比预期的更加复杂。有关结合方面的经验喜忧参半；对于结合后的干预如何才能实现最佳配置，以及它们在预防感染和意外妊娠方面会产生什么样的影响还缺乏充分的了解。

此外，对有阴道分泌物的妇女应用病征处理来发现与治疗宫颈感染，特别是在性传播感染低患病率的地区已经证明是存在问题的。因此，需要有价廉的快速检测方法。对这些方法的开发缓慢，即使在能够提供的地区其价格对政府而言仍然过于昂贵，以致难以纳入国家防治规划。

在努力促进预防性干预方面遇到了若干其它困难。性传播感染流行病学的决定因素是多方面的（包括性别不平等、贫穷和其它社会经济的不平等），预防感染的干预工作对这些根本决定因素缺乏考虑。在医疗服务方面，至关重要的是确保药物和安全套的不间断提供，这是卫生系统尚未成功解决的一个挑战。减少危险行为的咨询往往也是缺乏的。在控制这些感染方面，不同部门、学科和社区（包括非政府和宗教组织）的合作伙伴广泛参与是必要的，但要实现这种广泛的参与仍然存在挑战，特别是在社区参与方面。

除了这些不足，下列基本因素也是造成性传播感染控制不力的原因。

- 无知和信息缺乏，因而对这些疾病形成错误的概念和伴随而来的污辱；
- 许多性传播感染往往无症状，或者直到发生并发症和后遗症才被发现，特别是在女性中；
- 与感染（以及与提供服务的门诊）相关的污辱对于实施预防和医疗干预措施构成了一个持续且巨大的障碍。

在个体和社区层面，污辱造成了：

- 患者不愿意寻求早期治疗；
- 患者更愿意到私立部门寻求治疗，不论这些服务是由合格的医务人员、药剂师、传统医生，还是由其他类型的人员提供，认为他们能够提供比公立部门更好的可及性、保密性，以及更少污辱的服务；
- 难以通知和治疗性伴的感染。

在政策和决策层面，下列因素起作用：

- 决策者和计划者将性传播感染控制放在较低的位置。与这些感染相关的污辱和偏见以及对其在卫生和经济方面影响的重要性无知使得这种状况可能更加严重。
- 越来越多的捐助者采取全部门办法，而不是针对诸如性传播感染控制这样的特定项目来分配对整个卫生部门的援助。虽然这使卫生部能决定国家重点，但也意味着，那些过去由于污辱在卫生预算中对这些感染一直不重视的国家可继续这样做。
- 对那些确定为特别易患性传播感染的人群，诸如年轻人和青少年，性工作者（男性和女性）及其嫖客、男男性接触者、变性者、吸毒者、犯人、流动人口（寻找工作或寻求娱乐）、街头儿童和年轻人、受冲突和内战影响的人不能提供合适的教育和服务。

2. 战略目标和范围

2.1 宗旨与目标

全球战略的宗旨是为指导加快全球应对以预防和控制性传播感染提供一个框架，从而实现国际发展目标。该战略将主要集中在下列目标的实现。

- 提高国家政府和国家及国际发展伙伴对预防 and 控制的承诺
- 促进资金的筹集和资源的再分配，同时考虑到国家确定优先顺序的、面向结果的干预，从而确保援助效益、所有权、协调、结果和问责¹

¹ 关于援助效果：所有权、协调、同步、结果和共同负责的巴黎宣言。巴黎，2005年3月。

- 确保与提供防治有关的政策、法律和行动在当前社会文化环境中为非污辱性和对性别问题敏感
- 利用所有伙伴的优势和能力以推广和维持预防和控制干预。

全球的应对将以两项战略内容为指导。

技术内容：在国家和区域级能适应的全球技术策略，包括以可持续方式将预防和控制的主要规划性内容作为整体提出和提供的办法。该策略将利用吸取的经验教训和需要推广的明确成功的行动。它将查明以下主要领域的不足：

- 对优先目标人群（如青少年和性工作者）的卫生保健服务可得性或可持续性；
- 无症状感染的诊断和治疗；
- 对管理不正常阴道分泌物采取病征处理方法；
- 性伴中性传播感染的管理；
- 卫生保健提供者的态度；
- 计划所需资料的可得性和可靠性。

该战略还将为与艾滋病毒/艾滋病及性和生殖卫生规划的结合以及私立部门的参与确定合适的机会。

宣传内容：全球宣传运动以便在世界各地提高人们的认识和筹集资源。该运动将与其它行动，诸如消灭先天梅毒、控制和根除可治愈的生殖器溃疡性疾病、控制生殖器疱疹和生殖道人类乳头瘤病毒感染等运动一起进行。

2.2 目标受众

本战略概述感染负担有效应对的基本要素，以及提供关于主要问题的信息。它并非试图对如何开展和实施这些活动提供准则。

该战略的读者对象为下列人员：国家艾滋病毒/艾滋病/性传播感染及性和生殖卫生规划的管理人员；卫生部门利益攸关者，包括公立部门和私立部门卫生保健提供者；卫生部长；卫生部门政策制定者和其他决策人员；国际机构和非政府合作伙伴；其它政府部门和机构；以及捐助者。

2.3 指导原则

本战略以国际认可的伦理和人权框架为基础，确认人人享有可获得的最高健康水准，包括性和生殖健康的权利。它符合涉及儿童和青少年生殖健康需要的立法框架，特别是有权避免受到强迫和虐待，包括性虐待。

本战略还以下列指导原则为基础：

1. 必须通过影响政治意愿和有关性行为及妇女地位的社会规范和态度的干预，处理性别不平等问题。在性传播感染预防和控制中，积极推进男性责任感和赋予女性权力是对性别问题敏感的有效应对措施的重要内容。
2. 性传播感染的预防和医疗之间应该是一个连续统一体。活动的平衡和多样性取决于流行病学的地方决定因素、感染的类型和资源提供的情况。在各个环境，安全套和性传播感染药物的提供情况和可及性将构成充分有效应对的要素。
3. 干预应该成为性和生殖健康综合服务的组成部分。在世卫组织朝着实现有关生殖卫生的国际发展目标和具体目标加速进展的战略框架内与性和生殖卫生规划密切合作对于性传播感染和生殖卫生战略的实施至关重要。
4. 性传播感染与艾滋病毒预防和医疗规划之间的密切合作对这种应对极其重要，不仅因为导致感染艾滋病毒和其它性传播病原体的危险行为相同，而且其它性传播感染的预防和医疗仍然是艾滋病毒一级预防的关键内容，特别是在艾滋病毒低患病率的环境和人群中。结合两个规划的优势可以形成抗击艾滋病毒感染和其它性传播感染的协同作用。世卫组织 2003~2007 年全球卫生部门艾滋病毒/艾滋病战略和世卫组织/联合国艾滋病规划署要尽可能接近实现普遍获得预防、护理和治疗这一目标的战略将是对这种合作有助益的框架。
5. 建立伙伴关系对于改善性传播感染的预防和医疗至关重要。多部门做法应包括卫生、教育、体育、旅游和运输等部委，军队和其他穿制服人员，以及私立和非正式部门。
6. 在干预措施和服务内容的设计、实施和评估中，社区（包括非政府和宗教组织）和脆弱人群作为合作伙伴的参与可丰富这样的过程，确保该过程及产出的所有权和文化敏感性，以及调动对实施的承诺。
7. 在个体和社会层次减少污辱和歧视是改善求医行为，以及改善提供预防和控制相关卫生保健服务方面的关键内容。

2.4 应对的主要内容

在国家和区域级，性传播感染控制规划的关键战略内容已经很好确定，包括以下方面：

- 对相关的政策、法律和规章进行审查以确保它们不存在惩罚性和强迫性，并且有助于达到预防和控制规划与服务的目标
- 促进健康行为：更安全的性行为 and 求医行为、治疗的依从性、负责任的性伴通知和在性伴中管理感染
- 提供医疗服务，包括产前发现梅毒和其它性传播感染病例的规划、新生儿出生时的眼病预防，以及针对乙型肝炎的免疫接种
- 确保用于预防和控制的安全有效、高质量和可负担得起的药物和用品的可靠供应，包括男性和女性安全套及其它有效的屏障方法
- 加强支助部分，包括规范性准则改编、培训、信息网络、用品后勤保障、实验室支持、监测和研究。

需要探讨创新性的方法来组合和提供这些核心内容。挑战在于确定如何最佳完成如下工作：

- 利用现有的和新的手段和技术，从而使得那些最需要的人从中受益；
- 改善门诊的环境，使之更容易利用，方便患者和以患者为中心；
- 以当地语言传播明确的卫生信息，使得这些信息容易记住并更加有效；
- 与媒体建立强有力的关系和征募倡导者，在难以渗透的社会网络中进行预防和控制；
- 在非卫生部门，诸如法律和教育部门、旅游业和私立部门中促进有效的多部门应对；
- 发展公-私伙伴关系，进行预防和控制；
- 将国际机构、国家政府、私人慈善组织和商业利益团结在一系列重点性干预和行动的周围；

- 超越探索“神奇子弹”，进而开拓多方面干预，在众多部分和层次共同起作用并可在地方一级持续。

3. 技术策略：建立在性传播感染预防和控制成功的基础之上

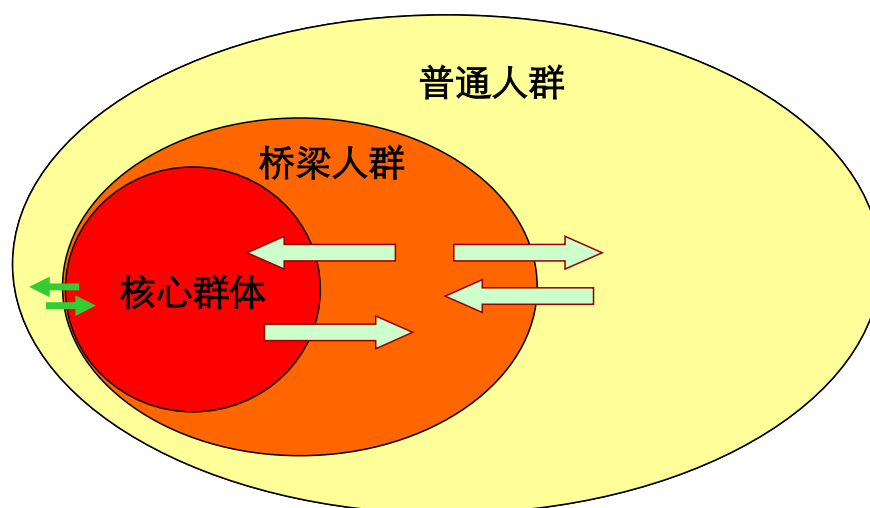
3.1 传播动力学

在过去 20 年中，由于艾滋病毒大流行以及对其它感染控制工作的加强，关于性传播感染传播动力学的知识已逐渐增加。数学模型和研究业已表明性网络在决定所有这些感染传播方面的重要性。关于传播动力学更加深刻的理解对制定战略性预防和控制干预具有影响。

在特定的人群中，此类感染的分布不是静止的。随着时间的变化，疾病流行经历了不同阶段的演变，这种不同阶段特征表现为在亚人群之内或不同亚人群之间，性传播病原体的蔓延与分布模式在发生变化。一般来说，在流行的早期，或在某些地区，性传播病原体是容易在高感染率和频繁更换性伴的高危人群(核心群体)中和从这种高危人群开始发生传播。随着流行的进展，病原体传播到较低危人群(桥梁人群)，他们可能是核心群体与普通人群之间一个重要的性联系环节。某些人群的社会或经济条件可增加其获得或传播感染的脆弱性，并将这种脆弱性带到该桥梁人群。性网络随着环境不同有所改变，但一般来说，高感染率个体的性伴(即桥梁人群)反过来又感染其他性伴，如他们的配偶或普通人群中的其他固定性伴。图 1 是人群中性传播感染传播动力学的简单模式。

图 1

人群中性传播感染传播动力学



由于宿主与病原体间不同的相互作用，情况将变得更加复杂，因为流行动力学也受到阈参数， R_0 (基础增殖数)的支配。 R_0 是指在一个易感的人群中，由单个指示病例所产生的第二代病例的数量。 R_0 是3个变量的乘积，可用公式表示为 $R_0 = \beta \times D \times C$ ，其中 β 为每次性接触中病原体的传播效率(传染性)， D 为传染期， C 为性伴变化率。一些病原体(如杜克雷嗜血杆菌)有很强的传染性，但感染者具有传染性时期较短；而其它的病原体如艾滋病毒和单纯疱疹病毒2型的传染性较低，但感染者具有传染性的时期很长。另一方面，淋球菌、沙眼衣原体和梅毒螺旋体，其传染性和传染期介乎上述两种情况的中间。因此，流行模式因人群-病原体之间相互作用不同而不同。在制定有效的性传播感染预防和控制规划时，可能的话，所有这些因素均应考虑进去。

性传播感染(包括艾滋病毒感染)的危险因素随性别不同而不同，并且妇女与其所生婴儿受到特别严重的影响。脆弱性与后遗症的不同可以归因于生物易感性和性别间的差异，如权力不平等和行为因素，包括性行为、求医行为以及在某些环境中缺少获得医疗和教育程度低。

3.2 预防与控制干预措施

鉴于上文概述的传播动力学，需要有合适的预防和控制战略，以便产生最大的影响与收益。规划需要了解以下情况：

- 哪些人群处于最高危险；
- 是什么行为或环境使这些人群处于危险之中；
- 阻断传播链的最好方法和干预是什么；
- 如何确定干预的优先顺序，如何推广和维持干预。

在一些地区和国家，普通人群的性传播感染率很高，而在其它地区，高发病率仅见于特定人群。对高感染率人群、脆弱人群和普通人群的感染水平、性行为(如性伴数和性伴变化率)、预防行为(如安全套的正确和一贯使用)和健康相关的行为(如求医行为)采用绘制地理分布图的方法，能够提供传播动力学方面有价值的信息，并有助于决定哪种控制干预措施将会是最成功的。有针对性的干预措施应根据需要、可行性和资源的可获得性确定优先顺序。

不同地区、不同国家人群的行为与脆弱性是不同的，需要对此进行分析，以便尽可能采取有针对性的干预措施。常见的需要采取针对性干预措施的人群有：

- 性工作者(女性、男性和变性者)及其嫖客, 他们与其固定性伴可能有性行为;
- 流动人口, 如长途卡车司机、渔民、船员和移民工人, 主要由于他们的流动性和高危性接触而感染的危险性增加;
- 多性伴且具有无保护性肛交行为的男男性接触者;
- 与女性有性行为的男男性接触者(即双性恋的男性);
- 吸毒者, 尤其是那些通过卖淫或性交易来维持吸毒, 或非吸毒人群有性接触者;
- 被监禁的人员, 尤其是被监禁的青少年;
- 国外和国内的难民, 以及流离失所人员;
- 穿制服人员, 包括军人与警察;
- 旅游者, 尤其是寻求娱乐的性旅游者;
- 经历过性暴力和针对性别的暴力的女性或男性;
- 街头儿童和年轻人, 以及那些受虐待者或孤儿。

青少年特别处于感染性传播病原体(包括艾滋病毒)的危险之中, 因为他们在性成熟过程中可能缺乏信息, 没有技能, 得不到所需的卫生保健和支持。他们的性关系趋向于无计划的和偶然发生的, 并且在许多情况下是由于压力或强迫, 或为了收留或财力帮助而发生的。尤其是青少年女性, 由于生物、社会和经济方面的原因, 较男性更为易感。在一些文化环境中, 青少年, 尤其是女孩, 在很年轻时就结婚, 国家规划必须认识到, 即使由于结婚, 年轻女孩被视为成人, 但是由于上述社会和生物因素仍然适用于她们, 可能面临的危险增加。在年轻人中性传播感染(包括艾滋病毒感染)的预防与医疗, 需要来自于多个不同部门一系列适合年龄的干预。卫生部门本身将通过卫生系统的一系列合作伙伴来承担许多这样的干预。一些针对青少年的这类活动领域的内容将在 3.4.1 节中讨论。

但是, 所有有针对性的干预必须在性传播感染患者及普通人群和目标人群其它卫生需求的有效服务范畴内提供。

3.2.1 促进健康的性行为

性传播感染传播的有效应对可从预防开始，提供关于安全性行为的准确和明确信息，包括正确和一贯使用男性和女性安全套，以及禁欲，推迟首次性行为时间，保持一个性伴或减少性伴数。除预防性干预外，必须提供卫生保健服务以便及早有效治疗。

性行为改变的信息交流是与社区结合的、多层次的、互动过程中的一部分，旨在使用多种渠道发展合适的信息与方法。它应是预防工作中不可缺少的组成部分，而且应纳入到关怀与支持活动中。它能提高知识，激励社区内对话，促进重要的态度改变，减少污辱和歧视，产生对信息和卫生保健服务的需求，倡导合适的政策与法律，促进预防、医疗和支持方面的干预，以及提高技能和自尊。

在选择性行为改变信息的交流渠道时，了解什么样的渠道能够最有效地接近目标人群是十分重要的。有针对性干预的一个成功渠道是通过同伴教育者和舆论导向人员。通过机构或人际间网络、小组讨论或其它一对一的方法进行健康讨论，也证明是有效的。基于学校的适合年龄的规划将有助于接近就学的年轻人群，但对于校外人群需要采用其它渠道，如同伴教育。

无论选择的交流渠道是什么，使用当地易于理解的语言是重要的。应注意，信息对于性别和文化是敏感的，它们对任何现有的可能会推动性传播感染蔓延的行为标准不要起到推波助澜的作用。预防活动的设计应当针对特定人群，考虑到人群的状况、脆弱性和特殊需要。

应当采用能提高高质量服务需求的创新性策略，如以市场为导向的方法来提高消费者的意识，了解什么才是他们期望从卫生服务提供者那里得到的正确和高质量治疗。这种方法有赖于一个前提，即需求的增加会影响卫生保健服务的提供。提出不能得到满足的高期望，可能会不利于取得成功。

对感染者和非感染者的性传播感染健康教育与咨询，包括艾滋病毒的自愿咨询和保密检测，应是性传播感染任何卫生服务的有机组成部分，因为通过咨询过程可使感染者和未感染者产生改变性行为的动机。任何性传播感染的教育与咨询信息也应强调必须通知和合理管理性伴，以避免再次感染。

3.2.2 提供安全套和其它屏障方法

男性乳胶安全套是可获得的单一最有效率的技术以减少艾滋病毒和其它性传播病原体的性传播。虽然女性安全套是有效和安全的，但是由于其较高成本，尚未在国家规划中发挥其充分潜力。男性与女性安全套，是综合预防策略的关键组成部分，并且都应容易和始终如一地向所有需要者提供，以便减少包括艾滋病毒在内的病原体的性接触危险。

目前正在进行试验以评估子宫帽安全套在保护子宫颈避免艾滋病毒和其它性传播感染方面的有效性。杀微生物剂和子宫帽安全套一起为妇女可控制的预防手段提供了最佳前景。目前有一些新的杀微生物剂正在进行现场试验。如果这些新的预防方法中的任何一种证明是有效的，将需要制定策略以促进其在不同地区和人群中采用。

为了确保全国性的需求能够得以不断地满足，计划工作极其重要。一旦采购，就应通过公立和私立部门，在临床和非临床环境中推广和分发安全套。妇幼保健和计划生育门诊是推广安全套的另一个很好途径，使可能具有性传播感染危险的妇女能够得到安全套。社会市场营销规划业已显示，这种方法对于确保人们在需要安全套的情况下，可以通过传统和非传统的销售点获得高质量、可负担提起的安全套是特别有效的。通过基于社区的安全套分发和对目标人群的外展服务，也能使安全套的分发得到补充。

3.2.3 提供预防和医疗

为性传播感染患者提供医疗服务的目的是对已感染的人群进行远期并发症和后遗症的预防，防止其将感染进一步传播到未感染的性伴、胎儿或新生儿。

预防和医疗的策略选择

在任何一个人群，都存在着性传播病原体已感染者和未感染者。其中一部分人由于性传播感染相关的症状，或其它非此类感染而去求医。与此同时，在社区中，有许多感染性传播感染的有症状的人因这样或那样的原因而不去求医；而另外一些人虽没有症状但已被感染。需要针对社区层次和卫生中心层次上出现的各种情况确定策略并加以实施。

图 2 是以图表方式表示这种情况。左边为已患性传播感染的人群，右边为未感染的人群。上半部分代表有症状者(具有或不具有性传播感染)，下半部分代表无症状者。左上四分之一部分代表真正有症状的感染者，左下四分之一部分代表无症状的感染者。挑战在于如何在这些已感染但无症状的人中检测出感染。右上四分之一部分代表无感染但提示有感染症状者。这组人群不需要性传播感染治疗，但需要提供信息，解除其忧虑，并治疗引起这些症状的病痛；对于这组人群，挑战在于如何排除感染。右下四分之一部分代表的是既无感染又无症状的人群。这是一组健康人群，需要获取信息和知识以保持不被感染。此类信息可在社区内或在这些人来卫生中心时提供。提供综合的预防与医疗规划可选用的方案及所需的用品，将在下面从传播动力学和卫生保健机构就诊人员的不同类型方面进行讨论。

性传播感染规划应促进可及、可接受和有效的干预措施，为感染者提供综合的病例管理，以预防进一步的感染及其许多并发症和远期后遗症。此类管理的内容包括如下：

- 根据病征或实验室诊断做出正确的诊断；
- 提供有效的治疗；
- 通过适合年龄的教育与咨询减少或预防危险行为的进一步发生。
- 推广和提供安全套，提供正确和一贯使用的明确信息；
- 适用时，确保性伴得到性传播感染通知和治疗。

图 2
人群中性传播感染或生殖道感染临床表现和服务需求

		普通人群				
		患性传播感染者 (已感染)	无性传播感染者 (未感染)			
		感染且有症状	未感染但有症状			
		不寻求治疗	寻求治疗	不寻求治疗		
		必须治疗		避免不必要的治疗		
有 症 状	干 预	标准化病例管理 健康教育与咨询 行为改变交流以提高 对性传播感染症状的 认识并改进求医行为		行为改变交流 以提高认识，进行生殖健康和 个人卫生的教育		有 症 状
		性传播感染(包括艾滋病毒)的 预防信息		性传播感染(包括艾滋病毒)的预防信息		
无 症 状	干 预	感染但无症状		未感染且无症状		无 症 状
		不求医	因非性传播感染的 原因而到卫生机构求医		不求医	
		必须治疗		无须治疗		
		病例发现和筛查 纳入快速性传播感染诊断方法 定期推断性治疗 提高认识的运动		行为改变交流 以提高认识，进行生殖健康和 个人卫生的教育		
		性传播感染(包括艾滋病毒)的 预防信息		性传播感染(包括艾滋病毒)的预防信息		

只要诊断有感染或怀疑有感染，均应立即提供有效的治疗，以避免并发症和切断传播链。患者应接受有关治疗依从性、性伴通知和性伴中感染的治疗、降低危险和正确使用安全套方面的教育和咨询。需要时，应对存在的并发症或后遗症提供转诊。

病征处理

在传统上，性传播感染的诊断是通过单独的临床表现(通常不准确)，或通过实验室检测来进行的，但后者复杂且昂贵，并且通常由于需要等待检测结果而延误治疗。即使实验室检测是值得的，但实验室诊断常常受到限制，尤其是在资源短缺的环境，由于维持实验室运转、供应检测试剂和确保质量控制都需要费用。由于这些原因，世卫组织推荐对那些出现与简单流程图上列出的征候和症状相一致的性传播感染患者采用病征处理，这种流程图方法可以在初级保健门诊中使用¹。

病征处理是基于查明与明确的病原体感染相关的一组症状和易于识别的体征。各种病征的治疗直接针对本地区引起该病症的主要病原体。已显示出，病征处理的方法对男性尿道炎与附睾炎、男性与女性生殖器溃疡病征的处理很有效，对于婴儿的新生儿眼结膜炎的病征处理效果也好。应该注意到，阴道分泌物病征对预测淋球菌、衣原体或其它宫颈感染既不特异也不敏感；然而，如果主要目标是治疗阴道炎，如细菌性阴道病或滴虫病所致，则在各种环境中下病征处理方法都是有益的，且经济有效。

性传播感染常常没有症状，尤其在女性中。检测和处理这些无症状感染要求采用不同的策略。一些策略是开展病例发现或筛查，加强使干预措施普及到性伴以便为推测的性传播感染提供病例管理，以及提高对个人危险性的知识与意识。病例发现指对由于性传播感染以外其它原因的求医者进行检测。病例发现很重要的应用是在产前门诊、妇幼保健与计划生育门诊中提供性传播感染防治服务。病例发现常见的例子是在产前门诊为孕妇提供常规梅毒检测。

筛查是指对非直接求医的个体进行检测。例如，对献血人员检测梅毒、艾滋病毒感染和乙型肝炎病毒感染标记是筛查很重要的应用。在以社区为基础的筛查是可行和可接受的，且考虑了保密性及人权情况下，这种筛查是发现与治疗无症状感染患者的有效手段。对处于高危感染的人群进行有针对性筛查可以提高筛查规划的成本效益。

性传播感染病例发现与筛查的策略不仅需要开发快速的诊断试验，但是在能够获得这样的诊断试验时将更为可行。在各种情况下，应注意患者的保密、咨询与治疗。

¹ 世卫组织制定的方案中包括 7 种病征：阴道分泌物、尿道分泌物、生殖器溃疡、下腹痛、阴囊肿胀、腹股沟横痃和新生儿结膜炎。

性伴通知策略

性伴通知是病例管理的组成部分，该过程是指向诊断为性传播感染患者的性伴告知他们存在感染的暴露，以便他们寻求咨询性筛查和治疗。性伴通知的目的是预防指示病例的再感染和减少感染的传播。主要采用 3 种方法：

- 由第三方（通常为卫生保健人员）通知性伴
- 由指示患者通知其性伴，或由患者将药物转给其性伴
- 由指示患者同意通知其性伴，条件是由医务人员通知那些在规定的时间内未治疗的性伴。

应对所有最近的性伴进行流行病学治疗（治疗与指示患者相同的感染或病征）。性伴的感染管理是最难完成的干预措施之一，但也是性传播感染控制的重要内容。在早期阶段和并发症发生前，它提供了识别和治疗无症状感染者（尤其是女性）的重要的机会。这种干预不应当是强制性的，但由于对性伴的影响因其性别及其性道德与社会规范而不同，应特别注意为患者保密，并考虑到性别问题。

这 3 种方法或各种策略中患者选择的相对效果方面没有很强的或一致性的证据。患者通知只需要较小的费用，加上适当的教育与咨询会更有效。需要更多的业务研究，尤其在发展中国家，以评估在可接受性、来门诊接受检查的性伴数、对指示患者再感染率和性传播感染发病率影响方面对不同的性伴通知方法进行评价。此外，无论采用何种性伴通知方法，对费用和该过程有关的潜在伤害需要进行监测和记录。

3.2.4 获得药物和适当的技术

药物

不间断地获得适当的药物是性传播感染控制规划成功所必需。及时和有效的治疗可切断传播链，预防并发症与远期后遗症的发生。多数此类药物是不昂贵的，费用并不是药物可及性的障碍。但是，一些较新的药物和改进的配方是昂贵的，需要采取一些采购机制来确保政府和患者能够负担得起。与可负担性有关的因素可包括国家、区域和国际上的一些特性，如专利、数量有限、竞争不多、进口税与关税、地方税和因批发、销售和分发所附加的费用。

性传播感染的合理治疗药物应当是高效的，而且出现的毒副作用是可接受的、不会产生耐药性或延迟耐药性、能够口服、最好是单剂治疗，以及对孕妇或进行母乳喂养的妇女无禁忌。两级药物政策，即在基层医疗卫生机构提供疗效较低的药物，而最有效的

药物（通常较贵）仅在转诊机构提供，可能导致难以接受的治疗失败率、并发症和转诊，更快地产生药物耐药性，损害卫生服务的信誉。

为了确保能不间断地提供安全有效的药物，国家需要有可持续的采购策略，可确保最低的 60 天的储备。采购策略将在 3.5.6 节讨论。

诊断试验

全球性传播感染的疾病负担约 80%至 90%发生在发展中国家，那里适当的诊断方法是有限的或难于得到。需要开发快速的诊断试验，从而能在资源缺乏的环境中提高对患者的医疗质量和诊断水平。尤其迫切需要在艾滋病毒呈地方性流行的地区改进此类感染的诊断方法，因为其中某些感染是艾滋病毒传播的重要协同因素。

疫苗

由于对危险人群进行免疫通常是控制感染性疾病高效的方法，有充分的理由要求寻找抗性传播感染（包括艾滋病毒感染）的有效疫苗。此类疫苗对已有的全套预防技术是很重要的补充。目前仅乙型肝炎疫苗是可获得的预防性传播病原体的有效疫苗。

致瘤性人乳头瘤病毒的预防疫苗在不久的将来可以获得，因为近来的试验证实，疫苗能有效地预防 16 型和 18 型病毒宫颈感染的发生和持续存在。在世卫组织的主持下已多次进行讨论，以确定人乳头瘤病毒疫苗的合适终点指标，以及鼓励承认人乳头瘤病毒感染为一项公共卫生问题。在实施此类免疫接种规划时，世卫组织鼓励各国考虑在本国规划中引进这些疫苗的好处并探索可接受性和可行性的问题。

临床试验发现，与安慰剂相比，抗单纯疱疹病毒 2 型疫苗高度有效，但仅对女性有效，而且仅对以前未感染过单纯疱疹病毒 1 型的女性有效。随着继续开展更多的研究和临床试验，国家规划的管理者应该组织有关在不同流行病学情况下开展单纯疱疹病毒 2 型疫苗试验的讨论，以评价其应用性、可接受性和可行性，同时加强研究和实施的能力。

任何疫苗策略的成功实施，需要仔细地确定目标人群，且应确保疫苗的可接受性，尤其是对那些可能并不认为自己处于感染性传播感染危险的人群。一旦确定了目标人群，且动员其接受疫苗，为该人群（可靠地和不间断地）提供有效的疫苗是十分重要的，以确保免疫策略得到成功。可从一些预防感染性疾病的疫苗接种规划中吸取经验教训，如可以从目前尚未得到广泛应用的乙肝疫苗使用中获取经验教训。

3.2.5 推广

预防和控制性传播疾病的小规模和试点规划仅提供有限的地理和人群覆盖面，无法期望对疾病负担产生有意义的影响。许多规划倾向于在小规模的试点地区开展干预，虽然能产生良好结果，但无法达到更广泛的人群，因而无法产生更大的影响。为了取得更大的效果，应对预防保健干预的技术内容进行评价，对那些有效的措施应当推广。推广的目标是确保有效的干预能到达需要服务的人群。这意味着更广的地理覆盖面和更多的目标人群能够得到服务，将规划扩展到其他目标人群，拓宽规划所提供的干预范围。

当将重点放在优先的目标人群(即对性传播感染传播动力学最有影响的人群)，推广这些规划将会产生最大的效果，且在这些人群中应尽可能地覆盖更多的个体。推广也需要特别重视：

- 服务的质量，因为可能存在平衡协调工作质量和力度以覆盖更多人群的危險；
- 吸收能力，即确保能够提供充足的资源，以支持推广；
- 可持续性：在推广前，应建立可持续提供防治服务的机制。

3.3 改进政策和规划发展的信息

3.3.1 监测

为了开展倡导、规划设计、督导与评估，以及患者医疗保健的目的，需要在国家、区域以及全球级加强性传播感染的监测。需要加强监测的基本内容包括如下：

- 按性别与年龄分组的病例报告（病征还是病原学病例取决于诊断检测是否能够提供；普遍病例报告还是哨点病例报告取决于国家是否存在功能健全的法定传染病报告系统，以及预防和控制性传播感染的服务是如何提供和组织的）
- 患病率调查和监控以在特定人群中确定和追踪（症状性和无症状性）感染的疾病负担
- 感染的病原学评价
- 抗菌药物的耐药性监测
- 专题研究，例如使用假扮性病患者进行医疗质量的评估。

上述活动内容是相互补充的，其中每项工作的开展都取决于现有的监测基础设施和已经成为综合性疾病监测一部分的报告系统。特定国家艾滋病毒流行状况也会影响到性传播感染监测活动和优先领域。

艾滋病毒二代监测

性传播感染监测与艾滋病毒的二代监测密切相关，并且在其中发挥特殊的作用；除了艾滋病毒监测与艾滋病病例报告外，二代监测还包括行为监测以监测在一段时间内发生的高危行为和性传播感染监测以监测艾滋病毒高危人群中的其它性传播感染流行情况。例如，单纯疱疹病毒 2 型感染研究结果可以用来作为艾滋病毒脆弱性的指标。因此，加强性传播感染监测是艾滋病毒二代监测的重要组成部分。

性传播感染监测应与行为监测紧密相联，尤其要与性行为、此类感染流行决定因素、求医行为及其与此类感染漏诊漏报相关性的调查相联系。监测对于评估哪些人群应获得有针对性的干预也很重要。

需要定期开展对常规病例报告或患病率调查以外其它监测问题的专题研究。这些研究可包括对特定感染爆发的调查，例如在某些人群和地区发生的梅毒、性病性淋巴肉芽肿和软下疳爆发。

应尽可能把私立部门包括在报告系统内，尽管往往遇到不愿意向公共卫生行政部门报告性传播感染病例的情况，原因涉及到个人隐私、污辱、漠视或认为从报病过程中并没有任何受益。在很多国家，此类感染患者直接到药房或不正规的私人诊所寻求治疗，而不是首先去寻求临床医师诊断。这可能是发生大量漏报的原因，因此专项研究可能是必要的，以便确定这种情况的程度及漏报的数量。应考虑以激励机制来鼓励报病，其中可包括认证或授权。

当前的监测系统需要通过改善实验室设备、用材和人员及强化报病机制（尤其是诊断条件具备的情况下）等方面来加强。因为目前的监测系统更多的不足在于对无症状性传播感染引起负担的低估，所以筛查和病例发现的相关策略需要到位。

为倡导提供资料

需要及时收集可靠的资料来评估性传播感染负担，包括其并发症及经济影响。反过来，这些信息又可以为加强政策关注，以及为国家、区域及全球各级的性传播感染控制资源配置提供依据。

为规划设计和监督提供资料

规划管理同样需要及时、可靠的资料。不同人群的患病率研究有助于评估性传播感染的分布，确定优先目标人群以及估计无症状感染在社区范围的负担。流行趋势资料可以用来评估控制规划和干预措施的效果和影响，也可以作为不安全性行为趋势的生物学指标。

为患者治疗提供资料

耐药性使得那些花费几十年时间才开发出的常用药物继续丧失效果。耐药性的产生，很大程度上是因为不加选择和过度使用药物。因为对治疗的不依从或贫困，患者不能坚持完成全程治疗，使得药物使用不当；贫困常常迫使卫生保健人员和患者选择低剂量处方药，或便宜的、效果不好的药物，以节省费用。讽刺的是，一旦便宜的药物无效，则必须更换更加昂贵的药物。

卫生行政部门有必要开展常规监测，并检测与当地临床表现有关的病原体相对患病状况和耐药性出现的情况，以便随时更新治疗准则和国家基本药物清单。开展特别预警监测的性传播微生物包括细菌类的淋病奈瑟菌和杜克雷嗜血杆菌及病毒类的单纯疱疹病毒 2 型。

由于国家间耐药程度大不相同，世卫组织不推荐单一使用任何一线药物治疗淋病。相反，每个国家必须根据本国的耐药类型进行决策——为难的是如果很多国家没有实力开展监测，那么就on必须依靠邻国收集的代用资料或使用区域估计数。

3.3.2 督导和评估

需要对规划实施的进展进行监督，以保证规划能根据计划按时开展且在预算范围内执行，并评估规划是否达到预期的结果或效果。执行层次缺乏资料就难以准确评估各种干预措施的有效性和成本效益。这些资料对确定优先领域、制定策略计划和进行资源分配非常重要。要建立资料收集和分析程序以监测以下各项指标：

- 提供服务的状况（如服务的患者数、对梅毒进行筛查并得到治疗的孕妇数，安全套发放量，以及接受自愿咨询检测人数）。
- 提供医疗的质量（例如采用标准指标按照国家准则治疗的患者比例）。
- 员额配置类型是否合适（如病患工作量）；

- 患者的反应及满意度（如接受服务的患者总数，首诊与复诊或回访人数，以主将医疗机构作为寻求医疗服务首先选择的患者比例）；
- 规划资本成本和经常性费用，用以评估效率和成本效益。

此外，十分重要的是这些监督（可限于业务研究）的结果与项目执行状况有关，且很有意义。结果应用于评估和改进正在进行的规划和用来设计新的规划。应进行更多的业务研究，用于确定在特定的环境下何种干预是最佳的，还应进行与妇女的性和生殖健康相关的研究，以指导制定对性别问题敏感的策略和干预措施。

3.4 与其它规划和合作伙伴的结合

3.4.1 公共部门卫生规划

性传播感染与青少年卫生、计划生育、妇女卫生、母亲安全、免疫、儿童生存和艾滋病毒预防有关的规划相关。这些规划相互依赖，同时在战略上必须进行结合或整合。这些规划相互结合势在必行，以便扩大人群干预覆盖面，以及减少预防、发现和治疗性传播感染的机会丧失。同时，为了提高质量和扩大覆盖，它还应加强公立与私立卫生部门的合作。然而，这种结合或一体化由于需要向已有的规划分配额外的任务而显得困难，特别在新任务的卫生目标与现有服务机构的卫生目标不一致时。这也许需要额外的监督、财务和管理支持。只有在上述问题都得到了解决，才能认为实现了一体化。虽然结合和一体化有利于提高人群的覆盖面和卫生保健的可及性以及管理计划，但是这些在开始时并不容易做到且花费不小。只有在经历最初困难和费用之后，才能感觉和认识到其益处。

艾滋病毒/艾滋病

艾滋病毒和其它性传播感染的主要传播方式是性传播，两者的其它传播途径包括注射毒品使用、输血和血液制品、移植捐赠的器官或组织，以及从母亲到胎儿或新生儿的垂直传播。许多预防艾滋病毒和其它病原体性传播的方法是相同的，干预的目标对象和人群也是一样的。

某些性传播感染在存在的情况下会促进艾滋病毒的传播。一些研究已经证实，溃疡性感染有不同程度的相对危险，范围为 1.5-8.5（见表 2）。一次性行为艾滋病毒感染传播概率的上升度可能比队列研究中所观察到的相对危险还要高，因为在随访期间参与者不是一直患有性传播感染。虽然溃疡性疾病的协同因素效应似乎要更高，但非溃疡性感染由于其发病率和患病率高，在某些人群中可能更为重要。最近，干预性研究增添了有关性传播感染/艾滋病毒协同因素效应的信息和重要性的认识。

在坦桑尼亚联合共和国姆万扎地区进行的以社区为基础的随机对照试验表明，通过现有的初级卫生保健门诊利用病征处理，加强对有症状患者的病例管理，可以减少 38% 的艾滋病毒发病率。在马拉维 HIV-1 血清阳性的男性中开展的一项研究表明，有尿道炎的男性精液中的 HIV-1 RNA 水平比艾滋病毒抗体阳性而没有尿道炎的男性高 8 倍。伴有淋病的患者精液中 HIV-1 的浓度最高。尿道炎患者接受针对性传播感染的抗菌药物治疗后，精液中 HIV-1 RNA 浓度在 2 周时显著减少。血浆中病毒 RNA 浓度没有改变。两个星期中，对照组精液中的 HIV-1 RNA 水平没有显著差异。这些结果提示，治疗尿道炎可以减少 HIV-1 感染男性的传染性，这进一步提供了证据，说明艾滋病毒/艾滋病控制规划在已经感染 HIV-1 的患者中发现和治理其它性传播感染，可有助于控制该病的流行。

作为减少此类感染造成的严重发病率的手段并同时作为预防艾滋病毒的一种干预措施，治疗性传播感染是一项经济有效的国家投资选择。因此，鉴于艾滋病毒与其它性传播感染之间有协同相互作用，两者的预防又相同，就应在所有此类感染规划间建立和维持强有力的联系并使其努力相互补充。在世界上许多地区和国家，性传播感染规划和艾滋病毒规划已经通过联合计划而全部或部分结合或协调起来。

两种规划的合作领域包括宣传倡导、政策制定、培训、规划设计和评估、监测和研究。这两种规划不仅应该合作，而且还应在计划和实施这些活动时共享资源。它们可以在以下方面一起工作：

- 在卫生中心层次和社区对患者进行有关危险行为和预防知识方面的教育，这涉及到公立和私立部门
- 提供艾滋病毒咨询服务和自愿保密检测，使每个人了解他们的艾滋病毒状况并适当地进行评估以便进行抗病毒治疗
- 提供针对已确定的其它性传播感染的有效治疗，提高艾滋病毒感染者生活质量并减少传染性
- 制定和实施策略，促进以可负担得起的价格获得适当安全有效药品和高质量安全套
- 保证国家在卫生系统基础设施和用品分发系统方面的投资，以提高性传播感染（包括艾滋病毒）防治服务的质量和可及性
- 确保综合性的产前保健服务，包括感染(如艾滋病毒感染和梅毒)的筛查。

表 2
性传播感染作为艾滋病毒传播危险因素的研究

参考文献	研究人群	研究性传播感染	相对危险度	比值比
Plummer, 1991	肯尼亚女性性工作者	衣原体感染		3.6
Laga, 1993	刚果民主共和国女性性工作者	衣原体感染 淋病 滴虫病		3.6 4.8 1.9
Kassler, 1994	美国队列异性恋人群	淋病		2.5
Craib, 1995	加拿大队列 MSM	直肠淋病		3.18
Cameron, 1989	肯尼亚异性恋男性	主要为软下疳	4.7	
Telzak, 1993	美国异性恋男性	GUD、软下疳	3.0	
Limpakarnjanarat, 1999	泰国女性性工作者	梅毒 GUD 和疱疹		3.7 2.0-2.4
Mbizvo, 1996	津巴布韦产前保健妇女	GUD+PID		5.8
Bollinger, 1997	印度性传播感染保健就诊者	GUD		4.2
Stamm, 1988	美国 MSM	疱疹、梅毒	3.3-8.5	
Holmberg, 1988	美国 MSM	疱疹	4.4	
Darrow, 1987	美国 MSM	梅毒	1.5-2.2	

MSM, 男男性接触者; GUD, 生殖器溃疡性疾病; PID, 盆腔炎症性疾病。

性和生殖健康

性传播感染服务与性和生殖卫生服务之间的相互作用是很广泛的。两者的目的是提高生活质量, 特别是提高所有女性和男性的性及生殖生活。这两种服务参与的关键活动领域如下:

- 提高性传播感染预防和控制服务的可及性。由于产前、妇幼卫生和计划生育门诊为广大的育龄妇女服务, 它们形成了一种卫生设施网络, 具有将性传播感染防治扩大到很大一部分普通女性人群的潜力, 而这些人群往往不能被专科门诊和综合治疗性医疗服务所覆盖。以提供针对这些感染及其危险因素为内容、适合年龄的健康教育和咨询服务可予以提供和有助于进一步预防感染。通过建立系统性筛查的规划, 无症状的感染妇女可以被发现和治疗, 同时, 可以避免许多未治疗的感染所造成的不良妊娠结果。
- 提高妇女健康。由于性传播感染和生殖道感染可以增加女性不孕、异位妊娠、宫颈癌、自发性流产和艾滋病毒感染的危险, 显著地影响妇女的健康。因此, 性传播感染预防、发现和早期治疗成为妇女卫生服务的重要组成部分。

- 保证避孕方法的选择和安全性。由于某些性传播感染或生殖道感染的存在会限制女性对多种类型避孕方法的应用，同时由于避孕者可能将这种感染的症状归因为某种避孕方法的副作用（导致对避孕方法接受性的下降和中断使用避孕方法），筛查和治疗性传播感染，同时提供双重保护方面的咨询是确保避孕方法选择和安全的的重要组成部分。
- 处理性和基于性别的暴力。对妇女施暴会对妇女生殖健康有着严重的后果，包括获得性传播感染。必须提供强奸后性传播感染的治疗，以及艾滋病毒暴露后预防性治疗。针对性传播感染患者性伴通知需要探讨考虑到对性别敏感的方法，从而避免暴力的发生。必须查明不同文化环境中成功性伴通知案例研究，同时发起业务研究以了解如何以更可接受的方式跨越不同社会文化和宗教环境开展性伴通知。
- 性传播感染的筛查和治疗。筛查和治疗可以改善流产后的健康结果，因为流产时下生殖道感染的存在对流产并发症来说是一个危险因素。因此，流产前性传播感染的处理是预防流产感染的重要措施。
- 纳入对性别敏感的方法。性传播感染服务与性和生殖卫生服务两者在使用性别敏感方法时面临类似的挑战，特别是涉及到男性人群、接近边缘化或其它被忽视的人群（如性工作者、物质使用者、城市和农村的贫困人群、移民人群、流离失所者和难民），以及在应对青少年特殊需求方面。
- 预防生殖道感染。不通过性传播的生殖道感染通常有一些症状可能被误认为是性传播感染。内源性的生殖道感染，例如细菌性阴道病和念珠菌病是妇女生殖道内保护性菌群失衡的结果。细菌性阴道病是最流行的生殖道感染，同时也是发展中国家阴道分泌物最流行的原因。撒哈拉以南非洲地区多达 50% 以上的孕妇发现有细菌性阴道病。细菌性阴道病被认为是早产、低出生体重、羊膜早破、产后脓毒症和自发性流产的一个原因。细菌性阴道病同样与艾滋病毒感染的传播相关。预防生殖道感染及其并发症的教育需要采用与生殖卫生保健机构中性传播感染控制服务共同的方法。
- 促进经宫颈手术的安全性。例如，在置入子宫内避孕器或终止妊娠前，需要检查或治疗患者的内源性感染或性传播感染，这是为了避免细菌上行感染上生殖道。选择使用宫内节育器的妇女如果认为自己暴露于某种性传播感染的危险中时，必须鼓励她们选择其它不同的避孕方法。
- 加大提供现有和潜在疫苗以预防生殖器癌症和肝癌以及某些性传播感染。在国家免疫规划内性传播感染规划与性和生殖卫生规划之间的合作和联合计划将便利推广现有和潜在疫苗，例如乙型肝炎和人乳头瘤病毒疫苗，并为引进任何新的疫苗提供一个现成的渠道。

此外，性和生殖卫生服务是最适合与性传播感染规划合作以确保妇女、新生儿和儿童的健康。因此，性和生殖卫生服务应确保下列方面：

- 开展健康教育以预防艾滋病毒和其它性传播感染，包括其长期后遗症，例如盆腔炎性疾病、不育、异位妊娠和生殖器癌症。性别不平等、文化构建的角色以及生物因素都是造成妇女和年轻人对感染易感性的原因。承认种族、文化、性倾向、地理位置（城市、农村或难以接近的偏远地区）、年龄和不同生活技能的影响对于更好地确定和适应对性传播感染及其并发症和远期后遗症负担的应对极其重要。
- 预防先天性梅毒。有效预防先天性梅毒首先依赖于预防孕妇梅毒。如果不能做到这一点，则需要开展包括妊娠期梅毒筛查并为孕妇及其性伴提供适当治疗的二级预防。由于先天性梅毒造成的社会和经济代价高，以及梅毒流行病学可能会发生变化，采取产前梅毒筛查及随后对血清阳性者进行治疗是一项非常经济有效的干预措施，以预防先天性梅毒以及在父母中由于梅毒未经治疗而引起的并发症，在患病率低于1%的环境中也是如此。服务部门应采取如下行动。
 - 孕妇在首次产前就诊时应该接受常规筛查，最好是在妊娠 28 周前。在先天性梅毒危险较高的社区，应考虑实施在 36 周或分娩时作第二次筛查的政策。需要制定明确的针对母婴临床和血清学随访的国家准则。
 - 应开展有关治疗性伴的性传播感染的讨论，并应对再感染危险进行评估和采取适当措施。
 - 如同其它性传播感染一样，应为患有梅毒的孕妇提供艾滋病毒自愿咨询和保密检测。在艾滋病毒感染率高的环境中，应向所有孕妇提供自愿咨询和检测。
- 预防新生儿失明。在孕妇的淋病患病率为 1%或更高的地方，对新生儿眼炎进行预防性治疗已经显示出很好的成本效益。
- 对受性侵犯和虐待的儿童进行评估和管理。儿童和青少年受性侵犯和虐待被认为是一个严重的社会问题，需要引起决策者、教育家，以及在怀疑有受性侵犯和虐待时提供社会和卫生保健以及基本社会服务的各类专业人员的关注。复查和排除性传播病原体，包括艾滋病毒，应由经过培训的儿科临床医师遵照地方确定的程序和准则进行。管理怀疑受性虐待儿童和青少年的性传播感染的标准方法非常重要，这是因为感染可能是无症状的。针对这些年轻患者的全面管理应该包括心理和社会支持。

青少年卫生服务

性传播感染是所有性活跃青少年的主要健康危险¹。每年，20个青少年中就有1个感染细菌性传播感染，同时获得感染的年龄正不断趋于年轻化。大部分改进青少年生殖健康项目集中在性健康咨询和计划生育，而忽视了在为他们提供服务的目标中包括性传播感染防治。让父母和适当成熟年龄的年轻人参与计划和实施针对他们的干预措施对于影响他们行为至关重要。规划，包括作为初级卫生保健一部分的性和生殖卫生服务，至少应制定和提供以下基本干预：

- 在青少年和年轻人中加强性传播感染监测。资料需要按年龄和性别进行分层，使能进行适当的规划评估和作出反应，以满足青少年的需求。
- 提高青少年在性传播感染及其并发症以及如何进行预防方面的意识和知识。应向所有需要者提供适宜的性教育和不间断获得男性和女性安全套以及关于正确一贯使用的明确信息。这将导致共同的目标，即改善青少年的性健康和幸福。
- 改进青少年获得服务。一种模式的提供性传播感染防治能够满足所有青少年需求是不可能的。服务可建立在现有服务的基础上，包括：通过卫生保健提供者的专门培训使成人卫生门诊方便青年使用；针对青少年的性和生殖卫生门诊；年轻人可以获得所有卫生保健服务的“一站式服务中心”；卫生中心；以及基于学校或与学校相关、适合年龄的服务。然而，可能需要一些创新的形式，如流动门诊来覆盖绝大多数易感年轻人，包括性工作者和街头儿童，特别是在主要节日和活动期间。

3.4.2 私立部门

虽然在大多数资源匮乏的国家，公立部门也提供免费的服务，但它们可能并不总是被患者所接受，或者并不总是能够保证有合适的卫生工作人员或必要的药物。私立部门或传统医生以及非正式的提供者经常是性传播感染患者的最先就诊地方，甚至那些认为政府卫生诊所技术更好的人也是如此。不论是否有医学资格，私立提供者对很多人来说都更加容易接受，因为人们普遍认为他们具有更好的可及性和保密性，并且与公立部门机构相比有着更少出现污辱问题的声誉。从药剂师、药商和药品零售点直接购药进行自我治疗也很常见。

在这种情况下，公共政策和干预有必要包括私立和非正式部门，同时在提供性传播感染防治方面必须建立公立和私立之间的伙伴关系。政府必须采取有效和适当的管理措施以确保私立部门服务的技术质量和责任心。在国家一级必须对合作和质量控制的策略进行检查；这些策略可包括对药剂师和私人从业者进行有关病例管理和国家准则的培

¹ 世卫组织定义青少年为10-19岁年龄组人群，青年人定义为15-24岁年龄组人群，“年轻人”是结合了两个重叠的人群组，它覆盖了10-24岁年龄组的人群。

训。政府应探索如何根据情况和主要的政策、法律和规章，建立与药剂师联盟、传统医生协会和其它服务提供者的正式关系以促进适当的防治。这些活动必须与社区一起合作进行。

3.4.3 社区参与

社区参与对他们的健康产生影响的决策过程是非常重要的，并且性传播感染控制规划需要建立机制，通过适当的民间社会代表得到整个社区的投入。这可以通过与非政府组织、宗教组织、以社区为基础的组织 and 私立部门形成合作伙伴关系来实现。应对社区进行关于医疗不同类型提供者的可获得性、优缺点方面的教育。可以建立消费者倡导小组，了解情况和有分辨能力的患者同样有助于改进保健。鼓励消费者使用那些遵守预先确定、一致同意和广为宣传的质量标准的提供者。社区参与的策略包括下列活动：

- 提供信息以提高社区对问题的认识和增加社区对干预和服务的需求；
- 保持与社区磋商；
- 社区参与干预的设计和实施；
- 与社区分担规划结果的问责和责任；
- 使地方政治领导和舆论导向人员，包括传统和宗教领袖参与倡导性传播感染预防和医疗。

以宗教和信仰为基础的组织常常在形成信仰追随者和社区的舆论、态度和行为方面是有作用的。在许多地方，他们处于独特的地位，可通过甚至到达最边远村庄和社区的广泛网络提供关于艾滋病毒及其它性传播感染的健康教育。在促进预防、咨询、家庭护理、临床医疗、甚至先进治疗以及减少污辱和歧视方面，这些以社区为基础的组织可以是至关重要的伙伴。因此，在讨论性、性别和性传播感染，包括艾滋病毒时，应邀请他们参加，以促进和加强公开讨论这些问题的环境。加强与这些组织合作及提高它们的能力对于确保它们在预防和控制性传播感染方面更有效地与政府和其它方面合作至关重要。

3.4.4 其它合作伙伴

根据情况，在应对性传播感染的活动中还应该包括其它一些合作伙伴和利益攸关者。这些可能包括政府其它部门，如教育和劳动、体育和文化部门、警察和边境控制官员，以及一些私营公司，如运输和旅游公司等。可与他们一起探讨预防和控制的不同策略，包括在教育部门和其它工作场所进行预防和医疗。应建立机制来鼓励各组织对防治

性传播感染负责。在某些情况下，需要通过跨境合作开展干预，如对跨境商人、临时或永久移民、流离失所人员以及从事流动工作的人群。

3.5 加强卫生系统能力建设，有效提供服务

要建立、提供及监督本性传播感染规划及其成功的结果，卫生系统是不可或缺的先决条件。从广义来说，卫生系统应包含所有从事卫生行动的组织、机构和资源。各国规划是否能提供高质量保健，覆盖最广的地区，到达贫困人群及目标人群，从而在预防新感染发生的同时对降低性传播感染及其它生殖道感染负担产生重要影响，这在很大程度上取决于卫生系统的能力。提供公平服务的能力是一个需要考虑的重要问题，特别鉴于围绕性传播感染一级预防和治疗存在的污辱。在许多资源缺乏的环境，卫生系统过度紧张，经费不足，设备陈旧，不能适应目前及将来的保健需求。在加强卫生系统的能力时，应特别强调资金提供，以确保可持续性（包括资源的筹集、集中、分配和支付）、管理工作和强化管制（保证质量和公平性）、公私伙伴关系，使规划达到最广泛的覆盖。

在进行卫生体制改革的国家，应努力在该过程中确保考虑到为性传播感染患者提供的服务。用以选择初级保健一揽子基本卫生干预的重点确定过程应反映性传播感染导致的生殖健康不良负担。改革的目的（改善服务质量、公平性和对患者的反应能力 - 以及可持续性和效率）还必须将性传播感染患者的卫生保健提供者考虑在内。尤其应利用私立部门的供资和有效参与以扩大防治的可达性。

卫生系统的应对，必须基于对性传播感染流行病学、危险性行为、脆弱性、求医行为模式、卫生保健提供者的技能及态度等方面的分析。在分析结果基础上，应制定覆盖所有需要干预的人群的综合防控规划。应根据干预对象的具体需求确定适宜的提供保健的策略。该规划应该是一个包含性传播感染防控各方面的整体规划，包括健康促进，诊疗服务，与计划生育、性和生殖卫生、免疫、艾滋病毒/艾滋病及其它服务的结合等。作为多部门应对，应该扩大包括公立和私立部门在内的不同伙伴之间的合作。

规划还应包括监督干预实施影响的计划。及时提供有关规划执行和影响的资料，有助于为补充活动获得资源，并为以后规划方向提供证据基础。

3.5.1 服务的可达性

在大多数国家，性传播感染患者可以自己选择到什么机构去治疗。公立提供者与其他许多合格的和不合格的私立提供者，以及传统医药从业者存在着竞争。无论是公立还是私立部门，防治的潜在资源包括专科诊所、医院的其它专科门诊（如妇产科、皮肤科或泌尿科）、防治所、初级卫生保健中心、计划生育、妇幼保健、以及产前保健门诊。是通过初级保健中心，还是通过专科门诊提供服务，其利用程度取决于性传播感染流行状况、组织及资源情况，并应考虑到不同亚人群的求医行为和个人喜好。

在许多环境中，问题在于不能满足性传播感染患者对优质保健的需求。通过公立部门提供保健并不一定能够提高对优先人群的覆盖面，尽管这种服务技术优良，甚至是免费服务。应该考虑保健可及性的其它影响因素，所有机构都应以患者为中心。制订服务计划时尤其应注意性别平等、青少年、贫穷和边缘化人群。应使性传播感染服务更方便患者，改善缩短与居所的距离、卫生保健人员的职业道德、保护隐私、保密和缩短候诊时间等因素。私立部门包括药剂师及其他药品供应商也必须参与，并承诺提供优质服务，包括管理监督和控制措施。对社区群众和消费者应进行一般卫生问题的教育，尤其是性传播感染方面的教育，强调由经过正规培训的卫生专业人员进行性传播感染诊疗的重要性。对某些人群来说药物和安全套的价格或可获得性可能是获得性传播感染服务的障碍。可能需要改变政策以提高药物的可及性，并可能需要考虑多种选择，如对贫困者给予补助，给各类人群普遍发放安全套，健康保险计划中包括诊疗费用，以及转送上级医疗机构的转诊机制等。如有必要，可开展外展服务以使那些难以覆盖的人群得到服务。

3.5.2 质量保证

医疗机构的分散化和私有化是政府对卫生部门改革的两部分内容。对于政府部门来说面临的一个主要挑战是确保迅速增长的广大私立部门的质量，而关于该部门作用和惯例的信息甚少。政府部门必须充分发挥核心公共管理职能，并采取步骤以保障公立和私立部门都能向全体人口提供优质的保健。

国家性传播感染病例管理准则

为促进优质病例管理，应制订针对确定类型感染和疾病的准则，并发放到所有性传播感染相关保健提供者。准则的制订、实施、发放过程应有来自公立和私立部门的代表人员参与。应对公立部门卫生工作者和私立部门卫生保健提供者进行国家准则的内容和应用方面的培训。

实施性传播感染管理的病征处理，可克服许多障碍以保证提供优质、有效的管理，尤其是（但不仅仅是）在资源贫乏的环境。这些感染的病原学诊断方法尽管很理想，但在许多资源贫乏环境不能开展。应咨询国家一级的专家和委员会，就最合适的性传播感染管理策略提供建议，使所有需要保健的人群受益。可根据可利用的财政、人力、技术资源和疾病负担情况制订精心计划和实施的综合性方案。

执业许可、认证和认可

对专业人员发放执业许可和对机构的认证可有助于保障优质、安全和分布合理的卫生保健服务。执业许可和认证不仅适用于卫生服务行业，也适用于药品和健康保险行业。

通过这些执行机制能有效发挥政府部门的管理职能，与私立部门加强联系或其广泛参与将更为有效。行业协会及其它自治团体与政府部门合作，或者独立行使职能，也是管理和质量控制的重要组成部分。

对医疗机构的营业资质进行认可，是证明该机构符合某些标准的一项程序，常与健康保险计划的医疗检查覆盖有关。由行业协会进行执业许可和机构资质认证，以及在社区用当地语言进行居民健康教育宣传，有助于确保执行保健质量的标准。对上岗前和在职培训规划进行认可十分重要，这些培训规划有助于保证服务质量（包括对继续医学教育的培训课程和要求进行监督）。

如果监督和执行规章的能力有限或缺乏（在许多资源有限的环境常见），国家和地方决策者需要考虑奖优激励。对为性传播感染患者提供优质、价格合理的综合防治的私立部门给予资质认可或与支付方式相关的其它形式的认定（包括允许进入健康保险项目）是可采取的一种奖励措施。奖励支付可以与定期向卫生当局提供医疗资料、参与继续医学教育、自愿接受行业检查等挂钩。其它激励机制不联系到支付款项，但有经济性质，可包括获得补贴药物或其它用品（如安全套市场营销项目），获得诊断和转诊服务，加入特许或合约服务项目，如预先给就诊者优惠券或其它形式的预付。可以通过下列措施加强遵守规章，如对管理机构提供足够的资源，明确管理者与被管理者的各自职责，成立患者的维权组织等。

同行评议和自律

在实行有效管理机制的环境，政府部门和私立部门行业协会通过不同的形式开展经常性对话。行业协会和提供者网络组织可以与政府部门合作，发挥同行约束，促进自律。例如，他们可以让其成员参加讲座或培训班，更新其知识，并授予继续教育学分，使得这些人员能够提供优质性传播感染服务。然而，一些随机对照研究发现继续医学教育如果未与经济激励机制或改善工作条件挂钩的话，就很难做到改进服务。

支持性督导和监督

对卫生机构定期进行督导和监督是确保持续提供优质保健，并保持提供者士气和动力的一项重要内容，这已在姆万扎（坦桑尼亚共和国）的试验中有所证明。这类督导不一定仅限于公立部门。经过改进的督导也适用于私立部门，用于保障优质服务，提供继续教育，并作为维系公立和私立部门协作关系的纽带。督导应作为一种促进手段，不能被卫生保健提供者视为一种威胁，而应是鼓励的源泉，使卫生保健提供者跟上时代和不断改进保健质量。对督导员的培训十分重要，使他们的技能得到重新组织，从而更具支持性，而不是评判和挑错。

转诊中心

建立国家和区域中心，作为复杂病例转诊和确诊的中心，可改善质量控制。转诊方案应说明何时、何地转诊，且应该成为针对为性传播感染患者提供医疗的所有卫生工作者制定的标准管理方案的一部分。转诊患者的高退出率是很常见的。要注意不要让患者花很多钱、长途跋涉到并不能提供任何额外服务的转诊中心。

通过病例反馈及正规在岗培训活动积极开展督导及继续医学教育，可有助于建立不同中心之间的相互联系。卫生中心和转诊中心之间通过访问和通讯联系进行磋商和交流，也有助于增进职业信任和信心。

然而，最为重要的是在地区一级制订规划，有一致认可的目标和目的、标准方案、执行情况指标，以及年度或半年一次的审评会议。这样，与转诊中心的联系可更为全面、互动，由此工作人员之间建立更为有意义和有互动力的关系。

3.5.3 筹资服务

筹资和款项的支付是任何卫生保健系统的核心功能，它包括 4 个方面的功能：资源募集，资源集中，资源分配，支付和购买。尽管每个卫生系统都行使这些功能，但是具体组织各不相同，反映了体制结构、社会期望及管理体制方面的差别。卫生系统筹资对规划覆盖面、公平性和卫生结果有重要影响。

性传播感染预防和控制活动的资源募集必然与艾滋病毒/艾滋病项目的资源募集相联系。确保在整个艾滋病毒/艾滋病资金中有足够的经费用于其它感染的预防和控制，这是国际和国家筹资决策中的重要内容，特别是现有的性传播感染控制干预需要推广的情况下。鉴于这些感染的预防和控制是艾滋病毒资金的重要部分，涉及艾滋病毒和其它性传播感染患者保健的使用者付费政策应是相同的。

通过实行使用者付费，将资金募集的责任转移到服务提供点，必须包括贫困人群得到费用减免的方案。建立预付系统，如健康保险或社会健康保险，而不是全部依赖于使用者付费，才能做到全面覆盖。随着国家朝着建立或扩大健康保险系统（公费，以就业为基础或私人购买的保险计划，以及社区集资计划）迈进，性传播感染规划必须确保在一揽子受益计划中包括医疗检查。在许多资源有限的国家，药品开支是个人或一个家庭最大的现金开销（由患者自己而不是卫生系统或健康保险支付）。在撒哈拉以南非洲，所有药物的现金开支占总药品支付总额的 65%，在亚洲则占 81%。在工业化国家则很少会超过 20%。

在卫生系统的不同层次，足够的或适度足够的资金流动可改善服务提供的反应性和有效性。在此类决定权力下放的国家，资金分配通常在地方一级作出，这就需要性传播感染规划管理者具有阐明和实施工作计划方面有效的游说风采和技能。一般来说，在资源有限的国家，公立卫生保健诊所资金缺乏，设备落后，导致工作人员士气低落。因此应该鼓励根据当地具体情况，采取灵活的办法，制订和实施不同的支付和采购方案。可尝试需求方（如优惠券）及供给方（如工资外的奖金）等方案。

由于许多国家政府和捐款机构采用全部门办法向卫生部门提供援助，从而向性传播感染规划提出挑战，以确保治疗和预防活动在确定部门目的和目标时得到重视。全部门办法是指将经费投入整个卫生部门，而不是给某个特定的卫生项目，并由卫生部确定卫生部门内的优先重点。尽管这种办法旨在提高效率，但存在一种危险，历史上在发展中国家卫生预算之中处于低优先地位的性传播感染患者服务的资金可能会进一步削减。

3.5.4 发展人力资源

关于与国家性传播感染和生殖道感染规划管理相关的领导、管理、战略性计划、倡导、物品管理、卫生信息系统及其它功能领域培训的讨论超出本战略的范围，应在更广泛的卫生部门发展人力能力策略的范畴内进行。本节着重在为性传播感染患者提供防治的卫生人员培训。

预计此类服务的人力需求可以在一定程度上通过保留和再培训现有卫生人员和部分通过招募和培训补充人员而得到满足。规划组成员需要培训以明确其在规划不同领域管理方面各自的职责。卫生人员需要在其各自的职能领域接受培训。例如，如果产前保健和计划生育门诊的卫生保健提供者预期为性传播感染患者提供医疗，他们的培训应反映这一点。同样，如果医生预期向患者提供教育和咨询，就应该扩大对他们的培训以包括这些技能。

医学院和其它三级教育机构需在性传播感染综合性培训中发挥更大作用，培训内容包括预防、诊疗和咨询等所有方面，对象为接受基础培训的医生、护士、实验室工作人员、药剂师、公共卫生人员。培训课程还应包括病征处理及其在性传播感染防治方面的应用、科学原理和优缺点等。性传播感染也应该是公共卫生研究生医学培训课程的重要内容之一。

对卫生保健团队的所有人员都应进行在职培训，包括临床医生、药剂师和一线人员，如办事员和接待员。培训不应只局限于病例管理的生物学方面，也必须处理提供者的态度和信念。应探索创新手段，如远程教育和计算机辅助教育。

通过培训班、会议、杂志论文、寄送简报和自学手册等，行业协会可在提供继续医学教育和技能更新，尤其向私立部门提供者提供方面发挥重要作用。

工作人员的继续再培训（复训）应基于性传播感染控制和工作人员发展规划的督导评估结果。应通过加强能力和提高认识，增强其它部门及社区内的防治技能。在存在社区卫生工作者的地方，应研究他们在性传播感染管理方面的作用。

尽管由于资源紧张而常常受到忽视，但是随访和督导是培训和确保保健质量至关重要的方面。

3.5.5 规划管理的实验室支持

实验室耗材、试剂盒的费用和不能持续提供，以及专业能力的不足在许多社区严重影响了性传播感染实验室检测工作的开展。有时尽管可获得此类资源，但性传播感染患者多，鉴定某些病原体较为困难，且常有混合感染，这使得许多环境采用以实验室为基础的临床病例管理不现实，也不可靠。此外，大多数实验室检测耗时长，这样可导致延误治疗，或患者失访。由于不同厂家对相同微生物生产的试剂盒性能有所差异，且其可靠性还受检测人员的经验、标本的采集技术、保存、转运等因素的影响，这样使得问题更为复杂。考虑到上述限制，只有在规划管理和临床处理中实验室成为十分必要的情况下，才考虑实验室支持的问题。

如果需要作出实验室支持的诊断，无论是为了具体患者感染的诊断，或者是为了支持病征处理，应建立优质实验室系统。所有实验室人员应进行适当培训，并有明确的准则，指导采用哪些实验室检测，如何解释实验结果，预计所需要的时间等。应制订内部质控准则并严格遵循，鼓励参加外部质量保证的规划。

有效的控制战略需要有适当的实验室支持，并要有详细的准则明确哪些实验室设施需要加强，有什么用途。要建立和加强国家级和地区级实验室，如有可能，可建立地方实验室。这样形成实验室网络，协同工作，以加强服务。为了有最好的成本效益，网络需要明确作用及职责，推荐意见如下：

国家级

- 开展流行病学、哨点及病原学调查，以监测疾病流行趋势和干预效果
- 验证及改进病征处理建议和准则中的流程图方案
- 建立国家性传播感染实验室诊断技术考核和质控系统
- 举办性传播感染实验室诊断培训班

- 评价新诊断试剂的性能和成本效果
- 比较抗菌药敏感性资料并提出建议
- 在转诊中心，开展必要的实验室检测以诊断病征处理失败的病例和涉及法医问题的病例（如强奸和性虐待案例）
- 开展或加强筛查规划，如有可能对无症状的淋球菌和衣原体感染进行筛查，尤其在目标人群中，如性活跃的年轻男性和女性

地区级

- 开展病原学调查以监测疾病流行趋势和干预效果
- 监测抗菌药物敏感性
- 支持本地区的性传播感染实验室诊断技术考核和质控系统
- 举办性传播感染实验室诊断培训班

地方级

- 支持哨点调查
- 对孕妇开展常规梅毒血清学检测。

3.5.6 采购和后勤管理

为方便工作，医务人员应得到药品和消耗品（例如，手套，注射器和实验室耗材）、安全套、医疗设备（例如，检查床，检查灯，屏风，窥器和消毒设备）。这些基本物品的后勤保障有以下 4 个方面：

- 选择需要采购的药品和物品（需要与国家政府基本药品规划协调，以保证所需要的药品和物品得到国家管理当局许可并包括在国家基本药品和物品清单内）
- 制订采购方案，以公开透明的过程保证所采购的物品竞价最低

- 物流系统，以保证物品定期分发到现场（要认识到，治疗性传播感染的大多数药物也可治疗其它感染）
- 物品管理系统，以保证物品的及时采购、分发和补充。

在许多发展中国家，对性传播感染药物的可及性存在问题，受到许多因素，如经济承受力、持续的提供资金、不定期采购等的影响，导致其经常短缺。大多数药物为非专利药物，价格也不是贵得付不起，但在大多数发展中国家费用仍然是重要的阻碍因素。事实上，许多治疗用的药物并非专门用于性传播感染，也可用来治疗其它疾病。需要对性传播感染管理的药物不能持续提供的原因进行分析，寻找解决问题的对策。增加各类性传播感染药物的可及性，其策略可包括使用安全优质非专利药物，批量采购以获得最低价格，差别定价，筹资策略，药物处方合理化（如，推荐采用标准化管理方案）。

也可以研究考虑建立其它辅助支持机制，以促进获得性传播感染药物，这些机制在不同国家和地区有所不同，可能涉及制订政策、创新和管理机制。除其它外，应考虑方面可包括：

- 建立一个授权的多学科国家机构，负责协调药品使用政策，推行强制的管理条例；
- 在区县和医院中建立药物和治疗委员会；
- 在大学本科课程中促进针对问题的药物疗法培训；
- 开展持续的在职医学教育，作为颁发许可证的一项要求；
- 以地方语言促进药物的公众教育；
- 向开处方者提供独立的药物信息，而不只是从制药业获得信息；
- 开处方者的监督、审计和反馈；
- 充足的政府开支以确保获得药物和工作人员；
- 避免制药业在开处方者使用某些药品时给予经济奖励。

3.6 立即行动的优先内容

作为一项重点，国家必须通过已具有充足知识以及影响和可行性证据的关键活动，实施或加强为性传播感染患者提供防治（表 3，优先活动 1）。许多地方通过适度增加人力和财力资源实施了这些干预措施，但尚未得到足够的推广以便在国家级产生尽可能大的影响。有些组成部分将在“计划、行动、评估、推广”的概念下实施，以便在提供服务的同时汇集更多的信息，获得更多的知识和收集数据。对可能需要大量额外人力和财力资源的干预措施，应当制定计划，在获得资源的时候以阶梯式的方式予以实施（表 3，优先活动 2）。在本国存在的各种卫生机构中，性传播感染患者可能是有症状或无症状的，故每个部分都必须考虑传播的动力学、性网络、脆弱人群及服务提供等。

3.6.1 病例管理质量

性传播感染病例的综合管理至少包括以下部分：

- 正确诊断；
- 有效治疗；
- 关于避免和减少性传播感染（包括艾滋病毒感染）危险的健康教育与咨询；
- 促进和提供安全套及关于其正确一贯使用的信息；
- 性伴通知与治疗。

有足够证据表明，病征处理是有效的，并且在许多保健机构中对性传播感染的流行产生了影响。例如，在科特迪瓦、塞内加尔、南非等若干国家，以及在布基纳法索和肯尼亚的性传播感染门诊，通过病征处理、包括性工作者中间的干预等控制策略的实施，已观察到发病率的下降；在社区层次上，乌干达（马萨卡）和坦桑尼亚联合共和国（姆万扎）的研究已显示影响。病征处理对男性尿道分泌物和男女生殖器溃疡性疾病尤其有效。

表 3. 可立即实施的行动干预概要

优先活动 1	指标	国家级目标
1. 建立于成功之上：推广性传播感染的诊断与治疗（在诊断资源有限的地方使用病症处理。）	1(a). 为出现症状的感染提供综合性病例管理的初级医疗服务点比例。 1(b). 在选定的卫生设施根据国家准则得到适当诊断、治疗和咨询的性传播感染患者比例。	1(a). 到 2015 年，90%的初级医疗服务点为性传播感染患者提供综合性防治。 1(b). 到 2015 年，卫生保健设施有 90%的性传播感染男女患者得到适当的诊断、治疗和咨询。
2. 控制先天性梅毒，作为消灭该病的一个步骤。	2. 在产前诊所就诊的 15-24 岁孕妇血清化验呈梅毒阳性的比例。	2(a). 年龄为 15-24 岁的初次前往产前诊所者有 90%以上进行梅毒筛查。 2(b). 到 2015 年，使 90%以上的血清化验梅毒阳性妇女得到适当治疗。
3. 推广针对艾滋病毒阳性者的性传播感染预防战略和规划。	3. 艾滋病毒阳性的性传播感染患者得到综合医疗（包括关于安全套的使用和性伴通知的咨询意见）的比例。	3(a). 到 2010 年，已具备并发性传播感染的艾滋病毒阳性患者干预战略和准则。 3(b). 90%的初级医疗服务点为并发性传播感染的艾滋病毒感染患者提供有效的医疗。
4. 在艾滋病毒二代监测的前提下加强性传播感染监测。	4(a). 每 3-5 年（在哨点或哨点人群中）定期开展的流行情况调查次数。 4(b). 报告的性传播感染（病症或病因报告）年发病率。	4(a). 到 2015 年至少已开展两轮流行情况调查。 4(b). 到 2015 年已建立性传播感染常规报告制度并至少已维持连续 5 年。
5. 控制细菌性生殖器溃疡病。	5(a). 生殖器溃疡病患者中已确诊为细菌性生殖器溃疡病的病例比例。 5(b). 在产前诊所就诊的 15-24 岁孕妇血清化验呈梅毒阳性的比例。	5(a). 到 2015 年，在生殖器溃疡病患者中查出的软下疳病例数为零。 5(b). 在 15-24 岁的产前诊所就诊者中，使血清化验呈梅毒阳性的比率低于 2%。

(表 3 续)

优先活动 2	指标	国家级目标
6. 建立于成功之上: 在高危人群及脆弱人群中实施有针对性的干预措施。	6(a). 已确定重点高危人群及脆弱人群的卫生需求并为他们制定和实施国家性传播感染(包括艾滋病毒)控制计划。	6(a). 到2010年, 已审查卫生需求、政策、立法和规定, 已有计划并已实施适当选定的符合国情的有针对性干预措施。
	6(b). 在性传播感染诊断化验期间发现感染的年轻人(15-24岁)比例。	6(b). 到2015年, 在高危行为人群以及年轻人中已至少开展两轮流行情况调查。
7. 开展有年龄针对性的性健康综合教育和服务。	7. 至少有一名教师可提供以生活技能为基础的艾滋病毒及其它性传播感染预防教育的学校百分数。	7(a). 到2007年已完成政策审查和有年龄针对性的学校培训和信息材料。 7(b). 到2015年已增加受过以生活技能为基础的艾滋病毒(包括其它性传播感染)参与式教育的教师人数。
8. 促进性伴治疗和预防再次感染。	8(a). 性伴转诊接受治疗的性传播感染患者比例。	8(a). 到2010年, 已制定性伴通知的计划和材料, 并已有卫生保健提供者培训。
		8(b). 到2010年使带动性伴接受治疗或为其提供治疗的患者比例增加一倍。
9. 支持大量生产有效的疫苗(针对乙肝和人类乳头瘤病毒, 并可能包括单纯疱疹病毒2型感染)。	9(a). 普遍接种乙肝疫苗的政策和计划。	9(a). 到2008年, 已有乙肝和人类乳头瘤病毒疫苗接种计划。
	9(b). 使用人类乳头瘤病毒疫苗和可能使用单纯疱疹病毒2型疫苗的政策审查工作与战略。	9(b). 到2010年已启动试点疫苗接种规划并正在取得进展。
10. 促进制定和实施在性传播感染患者中普遍使用的可选择退出的艾滋病毒自愿咨询和检测。	10. 接受性传播感染评估的患者中按常规获得咨询并提供艾滋病毒保密检测的比例。	10(a). 到2015年, 在为性传播感染患者提供医疗的所有服务机构中都已能获得艾滋病毒检测和咨询。 10(b). 使接受艾滋病毒自愿咨询和检测的性传播感染患者比例增加一倍。

尿道分泌物与生殖器溃疡性疾病的病征处理可在至少 90% 的初级卫生服务点和有此类病征的患者中推广。下列方面对于实施工作至关重要：

- 药物后勤系统；
- 卫生人员培训；
- 保密性；
- 定期验证流程图，使之适应当地性传播感染流行病学模式；
- 性伴通知策略，包括：卫生保健提供者通知性伴；适用时由患者带药给性伴治疗；适用时利用因特网；以及性伴、尤其是有症状男性的感染推定性治疗。

3.6.2 获得必要的用品和药物

获得一揽子基本药物和用品对于的管理、预防和医疗至关重要，并且应该得到维持和不断改进。每一个提供性传播感染控制服务的卫生保健机构应保持至少 60 天的必要用品贮备。

3.6.3 高危人群与脆弱人群的干预

干预必须到位，而且应该推广，使高危人群和脆弱人群（取决于当地确定的标准并对当地文化价值敏感），除其他外，包括年轻人、性工作者、男男性接触者、注射毒品使用者增加获得防治服务。最近一项有关艾滋病毒预防活动的循证比较研究将针对女性性工作者的干预措施排列为在有效比与效果方面第一，在费用和对卫生系统的依赖性方面最低。基于目前关于哪些最起作用的知识并顾及一些领域内创新措施，建议国家优先行动领域如下：

- 至少 90% 被确认为性工作者的个人(男性或女性)及当地确定的其他重点脆弱人群能获得性传播感染信息和干预
- 学校中适合年龄的综合性教育，包括审查、发展和提供以证据和技能为基础的艾滋病毒及其它性传播感染预防教育
- 开发并实施适合不同年龄的以传媒为基础的教育干预（例如关于性与关系、性以及正确一贯使用安全套的信息和教育），使所有年轻人和社区都能获得这些干预（通过诸如因特网聊天室、大众传媒、广告、招贴画、邮票和剧场，重点在于改进性行为）

- 通过对卫生保健提供者的复训及实施以患者为中心提供卫生保健的政策，确保尤其是青少年获得适合年龄、方便患者的卫生保健服务
- 认可和支持通过梅毒与生殖器溃疡性疾病综合控制策略，努力控制细菌性生殖器溃疡性疾病和消灭先天性梅毒，同时铭记：
 - 在国家一级实施消灭先天性梅毒已变得较为容易；
 - 软下疳流行率在很多国家已经下降，但在软下疳依然流行的地区，还需要更多的资料和做出更大的努力；
 - 降低生殖器溃疡性疾病的患病率涉及对艾滋病毒传播至关重要的多种干预措施
- 有针对性的健康教育与咨询，以预防艾滋病毒和其它性传播感染的进一步传播，包括：
 - 对艾滋病毒感染者的咨询和对其他性传播感染患者开展自愿艾滋病毒咨询与检测；
 - 将梅毒筛查与艾滋病毒母婴传播规划结合起来，有可能的话筛查其它性传播感染，以确保在艾滋病毒防治的同时发挥发现和治疗先天性梅毒的潜力，从而降低儿童死亡率（千年发展目标 4，具体目标 5）
- 便利、支持和促进乙肝疫苗接种的普遍提供，尤其是性传播感染患者和高危人群，还要为即将研发出的疫苗，如人类乳头瘤病毒疫苗和单纯疱疹病毒 2 型疫苗制定策略
- 建立实施本战略的伙伴关系，将干预实施与性传播感染/艾滋病毒控制、性和生殖健康、其它初级卫生保健服务等横向结合起来，包括制定政策及横向实施的业务框架
- 从各国际组织和国家组织争取更多的技术和财政援助，以便实现目标和维持医疗服务质量。

3.6.4 监测与资料收集

国家需要通过性传播感染流行状况和对疾病负担与需求应对情况进行评估，获得战略信息供其使用。准确的资料使能开展战略性计划工作并为干预的倡导和确定优先顺序提供信息。由于艾滋病毒及其它此类感染的二代监测越来越可行，国家应建立包含危险行为监测的监测系统。应收集来自不同人群的信息与资料，包括校内外的青少年和穿制服人员，例如军队和警察等。

3.6.5 综合实施：共同的责任

为加快人群对服务的可及性，卫生系统各层次不同学科合作实施活动非常必要。表 4 概述艾滋病毒及其它性传播感染规划与性和生殖卫生规划以及教育和劳动部之间可以相互合作开展的主要活动。在国家级可以招募若干卫生执行者参与这一合作方式以预防和控制性传播感染，地方上可根据具体情况进行适当调整。这些卫生执行者可包括妇女团体、俱乐部、社区协会和宗教机构。

4. 宣传策略：动员政治和社会领导层及财政资源

4.1 倡导

任何好的技术和干预，如果没有政治意愿和资源来支持其实施，则对全体人口毫无益处。对性传播感染的污辱阻止了公众对防治性传播感染问题的讨论和社区的参与。罹患此类感染仍然不能被社会所接受，只有很有限的患者组织为性传播感染相关规划进行舆论倡导或游说。倡导必须着眼于国家和全球级，使此类感染的控制列入重要卫生议程项目。而且，需要有坚强的领导（包括民间社会的支持），清楚的前景和明确的信息、策略和干预措施（具有可靠的科学依据）以激励行动。将通过如下方面加强倡导工作：

- 从战略角度记录描述形势和整合信息；
- 确定可影响政策和资源分配的关键支持者；
- 创建多学科和多部门联盟及网络以影响决策者。

在国家级，倡导工作应促进有利的政策和立法。对现有的规章和法规应当加以审查，评估它们在与性传播感染相关的防治政策、目的和目标方面的效用和促进作用。应当考虑按照可靠的科学依据修订阻碍防治目标的政策和法规。

倡导工作可利用其它成功的宣传运动吸取的经验教训，如免疫规划、根除脊髓灰质炎、控止结核、遏制疟疾和烟草控制等方面的宣传运动。

表 4
性传播感染预防与控制干预合作实施指南

规划	基本、优先的核心活动	合作活动
艾滋病毒/艾滋病	<ul style="list-style-type: none"> • 艾滋病毒/性传播感染预防与医疗 • 推广安全套 • 积极预防 • 艾滋病毒自愿咨询检测 • 有性传播感染指标的二代监测 • 督导与评估 • 业务研究 	<ul style="list-style-type: none"> • 性健康 • 艾滋病毒及性传播感染预防与医疗有针对性的干预 • 推广性传播感染病征处理
性传播感染	<ul style="list-style-type: none"> • 准则，课程开发和整合，培训，质量保证 • 性传播感染门诊的病征处理 • 性伴治疗的指导与计划 • 推广安全套 • 性传播感染监测 • 性传播感染预防与控制有针对性的干预 • 督导评估 • 业务研究与“计划、实施、评估与推广”周期 	<ul style="list-style-type: none"> • 艾滋病毒感染者的性传播感染预防 • 产前梅毒筛查 • 二代监测 • 性传播感染服务中的自愿咨询检测
性和生殖健康	<ul style="list-style-type: none"> • 产前梅毒预防和治疗 • 推广安全套以产生针对性传播感染和妊娠的双重保护 • 适合年龄的性健康准则 • 生殖卫生机构中的性传播感染治疗 • 督导与评估 • 业务研究与计划、实施、评估与推广周期 	<ul style="list-style-type: none"> • 二代监测
部级 (教育与青年)	<ul style="list-style-type: none"> • 开展适合不同年龄的全面的性健康教育与服务，包括以地方语言制作信息材料 	<ul style="list-style-type: none"> • 可行时建立学校卫生中心
部级 (劳工、旅游等)	<ul style="list-style-type: none"> • 同伴教育及信息交流的工作场所干预 • 性传播感染筛查与治疗 	<ul style="list-style-type: none"> • 具备性传播感染筛查与治疗能力的卫生诊所

4.2 与媒体合作

公共卫生已成为新闻热点，当今的媒体又以前所未有的方式报导卫生问题和疾病威胁。性传播感染领域需要吸引媒体的更积极报导，而且需要与媒体一起开展更加积极主动的工作。强调积极成就的成功故事是有效交流的关键部分。应该与主要媒体代表建立伙伴关系，以促进全球战略的目标，包括：

- 建设媒体人员的能力，编写并传播具有积极作用的信息；
- 提高公众对预防、控制和治疗性传播感染的认知；
- 帮助动员政治意愿；
- 协助减少社会和社区中的污辱；
- 交流预防信息，提高对性传播感染和其它生殖道感染破坏性后果的认识。

4.3 建立有效的合作伙伴关系

应当采纳使众多合作伙伴和部门参与的广泛方针，因为只有通过联合力量才能达到预防和控制性传播感染的目标。因此，在私立与公立部门、多边与双边援助机构、联合国系统各组织、制药企业、媒体、专业与民间社会组织、学术界与其它机构间建立战略联盟和联合具有重要意义。通过联合各个方面、共同协作、减少不必要的重复劳动，合作伙伴关系可以增进防治工作的地位、动力和有效性。

使合作伙伴联合在一起的具体领域与问题包括：

- 控制特定的性传播感染及其并发症，如消灭先天性梅毒、控制和消灭软下疳；
- 提高防治适宜技术的可及性和应用范围，如性传播感染快速诊断测试和疫苗以及用于女性控制的屏障方法，包括杀菌剂；
- 确保治疗性传播感染的安全有效优质药物及其它基本物品的可及性，且其价格可以承受；
- 补充干预措施，如预防艾滋病毒和梅毒的母婴传播，以确保婴儿出生时免于感染艾滋病毒和梅毒。

发展区域间合作、区域专长和经验网络、提供区域援助和建立与加强区域“杰出中心”，都是加强国家规划的重要和相关策略。

4.4 动员财力资源

为了贯彻执行本战略，需要有动员额外资源的机制。对发展中国家或资源有限的国家来说，有各种不同的资源可以考虑，如与抗艾滋病、结核和疟疾全球基金相关的一些资源；各国应把握机遇，向全球基金提交包括控制性传播感染策略在内的项目建议。在全球级，国际机构应加强讨论，促进通过此类机制为控制性传播感染提供资金。还有其它的机会，例如，关注性传播感染总体控制或特定群体或干预的基金会。在国家级，在全部门办法已经成为得到批准的资助机制的地方，应该为性传播感染防治规划能够获得适当的资源分配制定宣传倡导策略。
